FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 53.

DE

L'état de la Conscience et de la Mémoire

DURANT L'ATTAQUE CONVULSIVE D'HYSTÉRIE VULGAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 1895

PAR

Joseph-Marie KÉREST

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Argol (Finistère), le 8 Janvier 1872.

Examinateurs de la Thèse..	MM. DUPUY	professeur,	*Président*	
	LAYET	professeur,		
	MESNARD	agrégé		*Juges*
	AUCHÉ	agrégé		

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1894-1895 N° 53.

DE

L'état de la Conscience et de la Mémoire

DURANT L'ATTAQUE CONVULSIVE D'HYSTÉRIE VULGAIRE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 1895

PAR

Joseph-Marie KÉREST

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Argol (Finistère), le 8 Janvier 1872.

Examinateurs de la Thèse..	MM. DUPUY	professeur,	*Président*
	LAYET	professeur,	*Juges*
	MESNARD	agrégé	*Juges*
	AUCHÉ	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL

91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1895

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ..... } Professeurs honoraires
AZAM..... }

	Messieurs
Clinique interne	PICOT. PITRES.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et Histologie	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIE.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	de NABIAS
Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants	PIÉCHAUD.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHE.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT.
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	N.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Maladies mentales	MM. RÉGIS.
Cliniq. des Maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Pathologie externe	DENUCE
Cl. des mal. des fem.	BOURSIER	Accouchements	RIVIÈRE
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON	Chimie	DENIGÈS
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE	Zoologie	BEILLE

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE HENRI

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — PROFESSEUR DE

CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A mon président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL DUPUY

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543507_0064

INTRODUCTION

Dans ce travail que nous soumettons à l'indulgence de nos juges, nous avons entrepris l'étude de ce que deviennent la conscience et la mémoire durant l'attaque convulsive d'hystérie vulgaire.

Après avoir rapidement énuméré les diverses opinions que les auteurs ont, à travers les âges, formulées sur la question, nous nous sommes arrêté à quelques considérations générales sur ce qu'il faut entendre par conscience et mémoire, sur les conditions nécessaires à leur existence et sur les différents degrés qu'elles comportent.

Au point de vue clinique nous diviserons l'attaque hystérique complète en trois phases ou périodes bien distinctes se succédant chez un même malade dans un ordre toujours le même, avec un ensemble symptomatique à peu près immuable :

1° La phase præconvulsive ou phase des auras prémonitoires.

2° La phase convulsive.

3° La phase d'hypnose post-convulsive ou phase du délire.

Nous ferons observer dès à présent que ces trois phases ne

se retrouvent pas avec une égale netteté, dans le plus grand nombre des cas. L'une quelconque d'entre elles peut s'atténuer au point de presque disparaître. Les deux autres, se développant alors anormalement, les caractères propres à chacune ressortent mieux que dans les cas complets.

Il n'est pas rare que l'attaque soit constituée par une phase unique. Les deux autres n'existent alors purement qu'à l'état d'ébauche.

On conçoit dès lors le nombre infini de variétés que peut comporter l'attaque d'hystérie.

Nous avions un instant songé à faire l'étude de la conscience et de la mémoire dans les différents états hystériques. Mais nous nous sommes vite rendu compte de quelles illusions nous nous étions bercé, lorsque nous avions cru à la possibilité pour nous d'entreprendre un pareil travail.

On pourra nous contester nos conclusions. Nous les avons formulées d'après les données générales de l'observation. Si quelques faits particuliers viennent à l'encontre d'elles, ce ne peuvent être que des exceptions aidant à la confirmation de la règle.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici, M. le professeur Pitres et M. le professeur Vergely, de l'extrême bienveillance qu'ils ont bien voulu nous témoigner durant le cours de nos études médicales. Que M. le professeur Dupuy reçoive aussi nos plus sincères remercîments pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DE

L'ÉTAT DE LA CONSCIENCE ET DE LA MÉMOIRE

Durant l'attaque convulsive d'hystérie vulgaire

CHAPITRE I

HISTORIQUE

« L'esprit humain, dit M. le professeur Pitres, est ainsi fait que l'inconnu le trouble et l'irrite. Il veut connaître le comment et le pourquoi des phénomènes qu'il constate, l'incertitude prolongée l'impatiente, et s'il ne parvient assez tôt à découvrir les lois qui le fixent, il abandonne les voies scientifiques et tombe dans les interprétations mystiques ou dans le scepticisme systématique. »

C'est ce qui est arrivé à propos de l'hystérie.

« On ne comprenait pas ces symptômes étranges apparaissant brusquement, jetant les perturbations les plus profondes dans les fonctions motrices sensitives ou psychiques, et guérissant tout à coup sans laisser de traces (1). »

De la difficulté à les comprendre sont nées les conceptions bizarres que nous allons examiner.

Les anciens ont voulu ne voir dans les convulsions hystériques qu'un spasme cynique conscient et voulu, dans les hystériques que des êtres honteux et pervers, entièrement subordonnés à leurs appétits génésiques effrénés.

« La matrice est un animal qui désire ardemment engendrer des enfants. Lorsqu'il reste longtemps stérile après la puberté, il a peine à le supporter, il s'indigne, il parcourt tout le corps, obturant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps en des dangers extrêmes et occasionnant diverses maladies, jusqu'à ce que le désir et l'amour réunissant l'homme et la femme fassent naître un fruit et le cueillent comme sur un arbre (2). »

Aussi les accidents hystériques surviennent surtout chez les vieilles filles et chez les veuves qui étant jeunes et ayant eu des enfants restent dans la viduité (3).

Par le fait même que les anciens ont fait des convulsions hystériques un spasme cynique, ils devaient en faire un spasme conscient et voulu.

Par définition, en effet, est cynique une chose honteuse, mais volontairement accomplie.

Aussi ont-ils émis l'avis formel que dans l'attaque hysté-

---

(1) Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, 1891, tome 1, p. 47.

(2) Œuvres de Platon — Traduction Cousin, p. 212, tome XII.

(3) Œuvres complètes d'Hippocrate — Traduction nouvelle, De la nature de la femme, tome VII, p. 315.

rique la perte de connaissance n'avait jamais lieu. Dans l'accès épileptique, au contraire, elle était pour eux, brusque, complète et constante. C'était à leurs yeux un symptôme différentiel d'une valeur telle qu'il ne permettait dans aucun cas de confondre les deux maladies.

Chez l'hystérique, au plus fort des convulsions, les facultés intellectuelles demeureraient actives : *mens constet.*

La sensibilité générale serait conservée et les sens spéciaux auraient toute leur acuité. Les malades ne cesseraient pas un seul instant d'entendre et de comprendre ce qui se passerait autour d'elles : *omnia sentiunt et intelligunt.*

L'épileptique, au contraire, si faible que soit son accès, ne voit ni n'entend.

Il est inerte. Tout rapport entre lui et le monde extérieur paraît détruit. Il semble insensible complètement, soit parce que aucune impression n'est plus transmise, soit plutôt parce que aucune impression n'est perçue, ne devient consciente, les centres nerveux étant dans un état d'excitation tel, que les impressions se succèdent sans donner au fait psychologique nécessaire à la conscience le temps de se produire.

Revenu à lui, il ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé durant l'accès qu'il vient d'avoir. Quoi de plus naturel en somme. Il ne peut y avoir souvenir que de ce qui a été conscient.

Rien dans l'accès épileptique n'ayant été conscient, rien ne peut revivre.

Au moyen âge on imagina que l'intervention directe de Dieu ou du diable pourrait bien être la cause de l'hystérie, laquelle fut considérée comme une maladie surnaturelle, comme la marque infaillible de la bienveillance divine ou de la possession diabolique. A cette époque, et sous l'influence

de ces doctrines, l'hystérie conduisait tout droit « au bûcher ou à la canonisation (1). »

Ceci étant, à supposer que l'on se soit alors posé la question de savoir si l'hystérique était consciente durant son attaque convulsive, comment l'aurait-on résolue. Probablement dans le sens de l'affirmative. L'hystérie était un mal surnaturel. Les malades s'agitaient, et Dieu ou le diable les menait. Mais leurs convulsions pour être involontaires et irrésistibles pouvaient n'en être pas moins conscientes.

Le neurasthénique a conscience de ses impulsions sans pouvoir y résister.

Avec la Renaissance l'esprit public changea. Plus tard, avec Descartes, un vent de scepticisme commença de souffler sur les masses. La croyance au surnaturel devint rapidement l'apanage des gens simples.

Il ne fut plus possible de considérer l'hystérie comme un mal mystique. On ne pouvait pas davantage admettre son origine utérine, après que Charles Lepois, Willis, Sydenham, Stahl, Hoffmann, Raulin, Robert Whytt et d'autres eurent recherché et trouvé l'hystérie chez l'homme.

Il fallut s'ingénier à trouver autre chose.

On se prit à douter des faits qu'on ne comprenait pas, à attribuer à d'habiles supercheries les manifestations qu'on ne pouvait expliquer. « Le mysticisme du moyen âge fut remplacé par le scepticisme systématique. » (Pitres). Or, comme toute supercherie est par son essence même consciente, faire des symptômes hystériques des phénomènes voulus, c'était en faire des phénomènes conscients pour lesquels l'amnésie à aucun moment ne pouvait exister.

C'était commode, cette négation de l'hystérie, elle aplanis-

(1) Pitres, op. cit. T. I., p. 487.

sait bien des difficultés, mais elle ne pouvait satisfaire longtemps les esprits vraiment sérieux.

On eut vite compris qu'il fallait suivre une voie différente de celle jusque-là suivie, renoncer aux idées préconçues et aux pures hypothèses, autant que possible ne plus rien avancer qui ne fut basé sur la plus scrupuleuse observation.

L'hystérie devient un sujet de concours académiques. L'Académie de Bordeaux ouvre la lice en mettant au concours la question suivante : Examiner comparativement les diverses opinions émises sur la nature, le siège, l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et la thérapeutique de l'hypocondrie et de l'hystérie, et faire ressortir l'identité ou les différences de ces deux maladies.

Dubois, d'Amiens, remporta le prix.

En 1845, l'Académie de médecine propose la question de l'hystérie pour le prix Civrieux, et récompense *ex æquo*, Brachet, de Lyon, et Landouzy, de Reims.

Néanmoins, il nous faut arriver à Briquet pour voir l'opinion se dégager complètement des préjugés anciens. Ce n'est pas qu'avant lui, rien de sérieux n'eût été tenté dans la voie qu'il suivit. Louyer-Villermay, Georget, Brachet, Landouzy, eux aussi s'y étaient engagés. Mais, soit par timidité, soit par défaut de savoir, ils ont tous dévoyé, inhabiles à suivre le droit chemin. Tous ont affirmé que la perte de connaissance peut avoir lieu dans l'attaque d'hystérie, même dans celle qui est indemne de tout symptôme épileptique. Les uns acceptent qu'elle peut être complète, mais en restant graduelle, les autres la veulent toujours incomplète. Au fond, l'impression qu'on garde en les ayant lus est qu'il leur en coûte d'avoir à constater l'inconscience et l'amnésie dans les accidents hystériques.

« Dans l'épilepsie, dit Louyer-Villermay, toutes les fois

qu'une attaque est complète, la malade est plus ou moins insensible aux irritants les plus forts et ne conserve le plus souvent aucun souvenir de son accès; dans l'hystérie la perte de connaissance peut exister, mais la femme est sensible aux divers stimulants, et surtout garde la mémoire des événements qui lui sont survenus. Ce caractère distinctif, apprécié à sa juste valeur, est une formule qui concourt à éclairer le diagnostic du médecin (1). »

Louyer-Villermay distingue d'ailleurs trois degrés différents à l'attaque d'hystérie suivant la violence des symptômes.

Dans un premier degré : boule hystérique; suffocation; quelques mouvements convulsifs; battements grands et forts dans la tête; palpitations de cœur parfois précipitées et tumultueuses, souvent du trismus; gonflement momentané du ventre; pas de perte de connaissance.

Cet ensemble symptomatique caractérise ce que, avec quelques auteurs, nous appellerons l'attaque de spasmes.

Dans le degré immédiatement supérieur, l'invasion est presque toujours subite; dès le principe, perte ordinairement incomplète des sens et de l'entendement; état de syncope plus ou moins prolongé, mais rarement absolu; spasmes s'étendant à tous les muscles soumis à l'action de la volonté; mouvements convulsifs analogues à ceux du tétanos.

Quelques hystériques sont au milieu de leurs accidents convulsifs dans un état fort remarquable. Elles ne voient ni n'entendent et cependant elles tiennent des propos sensés, font des observations fines et judicieuses, mais bientôt dérai-

---

(1) Louyer-Villermay. — Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie. Paris, 1816, tome I, p. 127.

sonnent, voient des fantômes et tour à tour reconnaissent leurs parents et leurs amis.

Le troisième degré est caractérisé par une intensité plus grande dans les mouvements convulsifs et dans l'exaltation mentale ou le délire des sens qui avoisinent la nymphomanie (1).

Sur vingt-deux malades, atteintes de convulsions hystériques, Georget en a trouvé huit qui n'avaient pas eu de perte de l'intelligence pendant la durée des phénomènes convulsifs.

« La seule distinction à faire et qui soit bien tranchée, écrit-il, est relative à l'intensité des attaques et se tire de l'état des fonctions de l'entendement. Tantôt en effet les malades ne perdent pas tout à fait connaissance et tantôt ils la perdent complètement. Chez les premiers, les convulsions sont moins intenses; ce ne sont pour ainsi dire que des efforts commandés par la douleur. Ce sont les malades eux-mêmes qui donnent cette explication, comparant ce qui arrive dans cette circonstance à l'espèce de raidissement général que l'on oppose machinalement à toute sensation douloureuse, vive et instantanée (2). »

« Je ne crois pas, dit Foville, que l'attaque hystérique puisse exister encore lorsque, à une perte subite de connaissance, à des convulsions violentes, se trouve ajouté la circonstance de la lividité de la face, de l'écoulement d'une bave spumeuse, des convulsions plus prononcées d'un côté que de l'autre. Ce sont là, pour moi, de purs symptômes d'épilepsie (3). »

---

(1) Louyer-Villermay. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*. Tome XXII.

(2) Georget. — *Dictionnaire des Sciences Médicales*, en 30 volumes, 1837, article » Hystérie ».

(3) Foville. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, Paris, 1883. — Article « Hysterie ».

Pour Brachet, de Lyon, la perte de connaissance durant l'attaque convulsive ne signifie rien par elle-même; elle n'indique qu'une intensité plus grande de phénomènes convulsifs.

« Lorsque la crise épileptique est finie, dit-il, le malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé, et s'il n'éprouvait pas un brisement des membres et une tristesse plus grande, il ne se douterait pas qu'il a été malade, tandis que dans l'hystérie, le souvenir de ce qui s'est passé se conserve, et il ne reste rien de triste et de sombre dans l'imagination (1). »

Il a écrit ailleurs, toujours en parlant de l'attaque d'hystérie convulsive :

« Les accidents cérébraux se rencontrent le plus fréquemment. Ils ont lieu de plusieurs manières : tantôt, et c'est le plus ordinaire de ces accidents, il y a perte de connaissance pendant la violence de l'accès. Cette perte de connaissance est tout à fait cérébrale; elle ne peut tenir à une syncope, car le cœur bat avec la même régularité.

Cette perte de connaissance ne signifie rien par elle-même; elle n'indique qu'un degré d'intensité de plus.

Les accidents cérébraux donnent lieu à une autre forme de l'hystérie; c'est celle qui se caractérise par des phénomènes épileptiques associés aux phénomènes hystériques. La perte de connaissance est presque toujours complète (2). »

Landouzy avoue qu'il est incontestable que la perte de connaissance peut se manifester dans l'hystérie ; mais, alors même qu'elle est complète, elle est toujours graduelle.

« Quelque faible que soit un accès d'épilepsie, il est accom-

---

(1) Brachet. — *Traité de l'hystérie*, Paris, 1847, p. 397.

(2) *Traité de l'hystérie*, par J.-L. Brachet, de Lyon, 1849, p. 264 et suivantes.

pagné dès son début même d'une perte profonde et subite de connaissance; quelque fort que soit un accès d'hystérie, jamais la perte de connaissance ne se manifeste au début. Dans tous les accès d'hystérie, la perte de connaissance est graduelle.

» Il est incontestable que la perte complète de connaissance peut se manifester dans l'hystérie simple, c'est-à-dire dépourvue de tout symptôme d'épilepsie (1). »

Briquet, sur les trois cents malades qu'il a examinées, en a trouvé seulement trente, c'est-à-dire une sur dix, chez qui la connaissance s'était conservée pendant l'attaque. Quand la perte de connaissance a lieu, elle succède, selon lui, très brusquement à la strangulation.

« Pour mon compte, dit Briquet, sur les trois cents femmes atteintes de convulsions qui ont été soumises à mon observation, il s'en est trouvé seulement trente, c'est-à-dire une sur dix, chez qui la connaissance s'était conservée pendant l'attaque. Chez elles, la faculté de se mouvoir, de parler et de donner des signes d'intelligence était perdue. Chez un certain nombre d'entre elles tous les sens étaient conservés, de telle sorte qu'elles pouvaient voir et entendre tout ce qui se faisait autour d'elles, sans être capables de le témoigner par aucun geste; chez le plus grand nombre des malades les yeux se tiennent fermés, ils ne voient plus, mais l'ouïe est conservée. Ainsi Lieutaud (*Médecine pratique*, p. 55), parle d'une de ces malades qui, entendant dire au chirurgien qu'il allait lui mettre un vésicatoire, prit si bien ses dimensions, qu'elle lui appliqua un vigoureux soufflet, puis elle tomba en perte de connaissance.

» Cependant toutes les hystériques ne perdent pas connais-

(1) Landouzy. — *Traité complet de l'hystérie*, Paris 1848, p. 65 et 66.

sance pendant leurs attaques; il en est un certain nombre chez qui les attaques, moins fortes et accompagnées de mouvements convulsifs moins intenses, sont avec la conservation plus ou moins complète de l'intelligence.

» Willis (cap. 5, p. 53) parle d'un étranger de quarante ans qui avait des attaques à certaines époques de l'année et qui eut sous ses yeux une de ces attaques, survenue à la suite de chagrins violents. Ce malade les sentait venir deux ou trois jours à l'avance... L'attaque durait un quart d'heure; à la fin, cet homme se réveillait et quand l'attaque avait cessé, il se rappelait parfaitement tout ce qui s'était passé (1). »

« Comme la conservation de la conscience est complète, ces hystériques peuvent parfaitement donner connaissance de tout ce qu'elles ont éprouvé, et c'est par elle qu'il faut savoir quelles sensations se produisent durant une attaque.

Les récits qu'elles en font sont très loin de cadrer avec les opinions des médecins qui, assimilant l'attaque à un spasme cynique, supposent que cet état n'est pas sans agréments.

Il y a donc lieu d'affirmer : 1° que l'attaque hystérique est un état fort pénible dont quelques femmes conservent la mémoire et dont les autres, tout en le sentant pendant qu'il dure, n'en conservent pas le souvenir dès qu'il est passé; 2° que les souffrances portent principalement sur les membres en convulsions, sur l'épigastre, sur la gorge et sur la tête (2).»

« Lorsque la perte de connaissance a lieu, elle succède très promptement à la strangulation; elle a lieu subitement et à partir de ce moment les malades ne voient plus et n'entendent plus; les excitations, les brûlures, les piqûres ne sont

---

(1) Briquet, op. cit. p. 357.

(2) Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, édition Baillière 1855, Chap. VII, art. III, p. 357 et suivantes.

en aucune manière senties, et, quand après l'accès les malades sont revenues à elles-mêmes, elles n'ont aucun souvenir de ce qui s'est passé. La perte de connaissance est telle que les malades tomberaient à terre si elles n'étaient convenablement soutenues (1). »

Suivant Monneret chez la plupart des malades la connaissance est conservée.

« Peu de temps après l'apparition du globe hystérique et de la contraction spasmodique des muscles du pharynx, la malade pousse un cri aigu ou un son rauque et inarticulé, tombe et perd connaissance. Chez la plupart, elle est conservée (2). »

L'œuvre de Briquet n'eut pas toute l'influence qu'elle aurait dû avoir. On continua longtemps encore à faire de l'hystérie un mal imaginaire, et des hystériques d'effrontés simulateurs. « Il ne fallut rien moins que les belles recherches de Charcot pour déraciner définitivement ce préjugé (3). »

Les anciens n'avaient vu dans les attaques hystériques qu'un ensemble confus de mouvements désordonnés.

Charles Lepois, distingue bien les phénomènes prémonitoires de l'attaque, et en donne une bonne description. Mais ni lui, ni ceux qui le suivirent, pas même Briquet, n'avaient su découvrir les règles qui président à l'évolution des convulsions elles-mêmes.

Charcot, le premier, divise les attaques hystériques en périodes distinctes se suivant toujours uniformément dans le même ordre.

---

(1) Briquet. — Op. cit. p. 357.

(2) Monneret. — *Compendium de médecine*. Article : « Hystérie. »

(3) Pitres. — Op. cit. tome I.

Richer a consacré au développement des idées du maître un bel ouvrage qu'il a appelé : *Etude clinique sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie.*

D'après Richer, la grande attaque se composerait des épisodes suivants :

I. — **Phénomènes prodromiques**. — Aura.

II. — **Période de l'attaque proprement dite.**

a) Période épileptoïde..... { 1° phase tonique. / 2° phase clonique. / 3° phase de résolution.

b) Période des contorsions ..... { attitudes illogiques. / grands mouvements.

c) Période des attitudes passionnelles.

d) Période du délire.

III. — **Accidents terminaux**. — Contracture, paralysie, etc.

A chacune de ces périodes, Richer examine le degré d'activité dont restent capables les facultés intellectuelles et en particulier la conscience et la mémoire.

Or, voici ce que nous trouvons :

I. — *Période des phénomènes prodromiques.* — Pour Richer cette période est courte.

Pendant le temps qu'elle dure, la malade est encore consciente à un degré quelconque, mais déjà son intelligence s'obscurcit.

« Pendant les quelques secondes que durent ces phénomènes la malade a conscience de ce qui se passe en elle, mais déjà elle est distraite du monde extérieur et son intelligence s'obscurcit (1). »

Brusquement, la perte de connaissance survient. Elle est complète et constante. La malade, inconsciente pendant toute la durée de la période épileptoïde, ne garde au réveil aucun souvenir de ce qui a pu se passer.

Il n'en est pas tout à fait de même dans la période qui suit, période dite des contorsions.

« La perte de connaissance n'est pas la règle durant cette période, comme il arrive pour la période épileptoïde. Il est toujours fort difficile de s'en rendre un compte exact. Mais à la façon dont la malade s'agite, lutte et cherche à déchirer ou à mordre, il semble qu'elle n'ait pas complètement perdu la notion du monde extérieur. L'hallucination préside quelquefois aux grands mouvements. Nous en avons eu maintes fois la preuve chez Gl..., lorsque l'arrêtant par compression ovarienne, au milieu de « ses grandes salutations » et lui demandant ce qu'elle fait, elle nous répond invariablement qu'elle court et se sauve, évitant la poursuite.

»Quoi qu'il en soit de la vérité de ces assertions, il ne paraît pas douteux que pendant cette attitude de l'arc de cercle, mise par nous au nombre des contorsions de la seconde période, la perte de connaissance n'est pas aussi absolue

(1) Richer. — *De la grande attaque hystéro-épileptique*, p. 42.

que dans la période épileptoïde, et qu'il existe parfois une hallucination pénible. Malgré la présence de cette hallucination, les contorsions de la deuxième période se séparent nettement des attitudes passionnelles de la troisième, en ce que, dans ces dernières, la pose des malades est toujours en rapport avec l'hallucination qui existe toujours, tandis que dans la contorsion il n'y a aucun lien nécessaire entre l'attitude de la malade et la nature de l'hallucination quand elle existe (attitudes illogiques) (1). »

Dans la phase des attitudes passionnelles, la malade est délirante, comme dans un rêve. Aucune parole ne trahit la nature de son délire. La malade est silencieuse. L'expression de sa physionomie, ses attitudes reproduisant les sentiments qui l'animent, permettent seules d'affirmer son délire.

« Ce n'est pas ici un simple délire de mémoire ou d'imagination; la malade est en proie à des hallucinations qui la ravissent et la transportent dans un monde imaginaire. Là elle assiste à des scènes où elle joue souvent le principal rôle; l'expression de sa physionomie et ses attitudes reproduisent les sentiments qui l'animent; elle agit comme si son rêve était une réalité. Et, par la mimique expressive à laquelle elle se livre, ainsi que par les paroles qu'elle laisse échapper, il est facile de suivre toutes les péripéties du drame qui se déroule devant elle ou auquel elle prend elle-même une part active; son hallucination, purement subjective, devient en quelque sorte objective par la traduction qu'elle en fait.

» Quand elle est réveillée, la malade conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé, et le récit qu'elle en fait concorde en tous points avec ce que l'on a observé.

» Pendant cette période des hallucinations, elle est complè-

(1) Richer. — Obs. cit. p. 88.

tement insensible à toute excitation extérieure. La piqûre et la titillation de la conjonctive, l'application d'un bandeau sur les yeux, la respiration de l'ammoniaque, un bruit violent aux oreilles, rien ne peut troubler le cours de son délire.

» Nous ne connaissons que deux procédés qui, sur le champ, fassent évanouir le rêve et ramènent la malade à la réalité : c'est, en première ligne, l'excitation des zones hystérogènes, et particulièrement la compression de l'ovaire, dont l'effet est constant et instantané, et ensuite le choc électrique, dont l'action, sans être toujours aussi prompte et aussi sûre, n'en est pas moins manifeste.

» Le sujet de ces hallucinations est le plus souvent puisé dans le passé de la malade. Les scènes qui, dans un sens heureux ou malheureux, ont frappé son imagination, se reproduisent avec une vivacité que le temps ne peut éteindre et surtout celles qui ont eu une influence sur le développement de la maladie.

» D'autres fois l'hallucination est une pure création qui varie avec la richesse d'imagination dont est douée la malade (1). »

« Deux phases : l'une gaie, l'autre triste, se succèdent ou s'entremêlent sans interruption. Les malades s'en plaignent souvent amèrement, disant « que le côté gai d'une attaque est toujours troublé par des visions terribles, et qu'en somme il y a plus de malheur que de bonheur.

» La transition est brutale : un geste de terreur ou de menace se trouve brusquement interrompu, la malade demeure interdite, comme sous le charme d'une apparition (2). »

En résumant :

---

(1) Richer. — *Op. cit.*, p. 90.
(2) Richer. — Op. cit., p. 94.

1° L'attitude passionnelle exprime toujours un sentiment, une action ou une pensée;

2° Pendant l'attitude passionnelle les facultés intellectuelles sont actives; il y a toujours hallucination;

3° Pendant l'attitude passionnelle, la sensibilité générale ou spéciale est complètement abolie, mais la malade conserve la liberté de ses mouvements;

4° Après l'attitude passionnelle, la malade garde le souvenir de ses hallucinations (1).

« Après la période des attitudes passionnelles ou poses plastiques, on peut dire que l'attaque est terminée. La connaissance est revenue, mais en partie seulement, et pendant un certain temps la malade demeure en proie à un délire dont le caractère varie.

» C'est comme un reste de l'attaque qui s'épuise, et les accidents qui se présentent alors sont justement comparables et parfois même identiques à ceux qui précèdent l'attaque et lui servent en quelque sorte de prélude.

» Le délire est le plus souvent un délire de mémoire, il porte sur les événements qui ont marqué la vie de la malade (2). »

« La compression des ovaires, l'intervention des courants électriques, arrête brusquement au milieu d'une phrase toutes ces divagations... mais, aussitôt après, le délire reprend et sur un sujet différent; ce qui prouve que pendant le temps d'arrêt la malade a complètement perdu la mémoire de ce qui vient de se passer. Elle ne continue pas l'histoire commencée, elle en reprend une autre par son milieu, semblant continuer un récit déjà entrepris. C'est pendant cette période

(1) Richer. — Op. cit, p. 116.
(2) Richer.

que se produisent les affirmations les plus audacieuses. La malade croit à la réalité de ses rêves, de ses hallucinations, elle accuse les plus innocents avec une persistance et un accent de sincérité faits pour tromper les plus incrédules. Cette croyance à la réalité des hallucinations persiste parfois en dehors du temps des attaques. Aussi, aux temps de la sorcellerie, ces malheureuses s'accusaient-elles avec tant d'audace et d'obstination, se vouant à la torture et au bûcher, plutôt que de renoncer à la croyance d'un commerce diabolique qui n'avait jamais existé que dans leur imagination (1). »

J'ai signalé avec insistance, l'état de demi-connaissance qui accompagne le plus souvent le délire de la quatrième période. Les accès délirants de la période prodromique offrent habituellement ce même caractère. La malade n'est point complètement absorbée par l'objet de son délire. Tantôt elle reconnaît parfaitement celui qui lui parle, tantôt elle est le jouet d'illusions et commet des erreurs de personne.

» En tout cas, toute remontrance est inutile, elle n'écoutera jamais la voix de la raison et aucun raisonnement n'est susceptible d'arrêter ses divagations. (2) »

Richer signale à la période de délire, une « tendance anxieuse et instinctive à commettre des actes extravagants. »

Ces sortes d'impulsions, s'il est vrai que ce nom peut leur convenir, diffèrent de l'impulsion épileptique. Celle-ci est « essentiellement fatale »; l'acte purement automatique ne peut-être discuté, il échappe complètement au contrôle de la conscience toujours absente, il ne laisse aucune trace dans le souvenir.

Nous savons, au contraire, qu'un des caractères du délire

---

(1) Richer.

(2) Richer. — Op. cit., p. 241-242.

hystérique est la persistance au moins à un certain degré de l'état conscient.

L'hystérique conserve le souvenir de ses actes délirants (1).

Tel est, selon Richer, l'état des facultés intellectuelles, plus particulièrement de la conscience et de la mémoire, à chaque période successive d'une attaque complète d'hystérie.

Mais il n'a en vue que l'attaque d'hystéro épilepsie ou de grande hystérie qu'il a d'ailleurs plus particulièrement étudiée.

Or, les malades qu'il nous a été permis d'examiner, étaient le plus généralement atteintes d'hystérie vulgaire, moins complète au point de vue symptomatique, mais aussi moins fixe dans son évolution et par cela même plus complexe.

Chez elles, la phase épileptoïde était à peine esquissée et la phase des attitudes passionnelles ne s'observait jamais. La période prodromique, au contraire, le plus souvent d'une netteté parfaite avait une durée variable mais souvent assez longue.

La phase des contorsions et la phase délirante prenaient fréquemment une importance considérable, au point de constituer à elles seules presque toute l'attaque.

Nous ne pouvons plus dès lors adopter les divisions de Richer, si logiques qu'elles puissent être, et nous diviserons avec M. le professeur Pitres, l'attaque d'hystérie vulgaire, complète, en trois périodes successives :

1° Période præ convulsive.

2° Période convulsive.

3° Période d'hypnose post-convulsive.

---

(1) Richer. — Op. cit., p. 243.

Ceci étant, nous allons examiner ce que sont pendant ces trois périodes successives la conscience et la mémoire, et ce que devient, l'attaque terminée, le souvenir de ce qui s'est passé pendant sa durée.

Avant d'entreprendre cette étude nous croyons qu'il serait bon d'indiquer ce qu'il faut entendre par ces mots de conscience et de mémoire, de déterminer les conditions générales de leur existence et les degrés différents qu'il faut leur considérer.

CHAPITRE II

Quelques considérations générales sur la conscience et la mémoire, leurs conditions d'existence et les différents degrés qu'elles comportent.

« Conscience est un mot employé par les philosophes pour expliquer la connaissance immédiate que nous avons de nos pensées, de nos résolutions actuelles, et en général de toutes les opérations présentes de notre esprit (1). »

C'est, dit Royer-Collard, « cette faculté par laquelle nous sommes sans cesse avertis de ce qui s'opère actuellement en nous (2). »

Herbert-Spencer l'appelle « une différenciation continue de ses propres états. »

Il est bien évident qu'il s'agit ici de la conscience simple ou spontanée, de celle par laquelle nous avons à tout le moins le sentiment continu de notre existence, et non pas de la conscience réfléchie.

---

(1) Reid. — *Essais sur l'entendement humain,* chapitre premier.

(2) Royer-Collard. — Fragments publiés par Jouffroy, à la suite du quatrième volume des œuvres de Reid.

« La vie et le sentiment, c'est-à-dire la conscience à un degré quelconque ne se séparent pas (1). »

Murphy, avec Hartmann, est au contraire un zélé partisan des idées et des sensations sans conscience.

« Je ne vois pas, dit Ribot, ce que l'on peut objecter aux faits de ce genre, à moins d'en revenir à l'hypothèse des états de conscience qui n'auraient laissé aucune trace dans la mémoire : mais encore une fois, c'est là une hypothèse gratuite sans vraisemblance (2). »

Il est difficile pourtant de concevoir ce passage brusque de l'inconscience absolue à la conscience, cette apparition subite à un moment donné « du principe du sentiment et de la pensée ».

« Une perception, dit Leibnitz, ne saurait venir naturellement que d'une perception, comme un mouvement ne peut venir que d'un autre mouvement (3). »

Quoiqu'il en soit nous admettrons l'hypothèse de Hartmann, comme la plus conforme, en apparence, à la vérité clinique.

D'ailleurs, nous considérerons la conscience, non plus comme une faculté spéciale de l'âme, mais comme un simple phénomène surajouté aux faits psychiques, pouvant les accompagner,mais ne les accompagnant pas nécessairement.

Pour que la conscience accompagne une perception, la notion de la durée du phénomène doit entrer en ligne de compte. « En effet, la conscience ne peut se produire que si l'action nerveuse n'est pas inférieure comme durée à celle que requiert l'action psychique pour éveiller la conscience (4).»

---

(1) Bouillier. — De la conscience en psychologie et en morale, 1872.
(2) Ribot. — *Les maladies de la personnalité*, 1885.
(3) Leibnitz. — Monadologie, art. 23.
(4) Sollier. — *Troubles de la mémoire*, p. 21, 27.

Or, durant les convulsions hystériques, les centres nerveux paraissent être dans un état d'excitation tel, que les impressions doivent nécessairement se succéder avec une rapidité si grande que la durée de chacune est naturellement fort courte.

D'autre part, l'intensité de l'image est, avec la durée qu'elle met à s'imprimer ou à s'éveiller, une condition de la conscience.

L'intensité de l'impression première dépend elle-même en grande partie de l'attention du sujet au moment où elle se produit.

Or, ce défaut d'attention sur l'image peut tenir à ce que l'attention est incapable de se fixer sur quoi que ce soit, ou à ce qu'elle est absorbée par quelque chose, phénomène d'ordre quelconque, comme dans le cas d'idées fixes, d'obsessions, d'hallucinations obsédantes.

Cette distraction et cette tendance à l'idée fixe s'observent précisément chez l'hystérique à un degré tel, que Janet a pu prétendre expliquer par elles seules, la plupart des phénomènes hystériques.

Ceci étant posé, il nous est permis de conclure dès à présent à l'inconscience probable des accidents hystériques, en particulier des accidents convulsifs.

Plus la conscience d'un phénomène est nette, plus le souvenir en est conservé. « L'amnésie fonctionnelle, dit Sollier, n'est qu'un phénomène d'inconscience ou de subconscience des souvenirs et le degré de la mémoire est lié à l'intensité de la conscience des perceptions. »

On voit par là quel est le rôle de la conscience sur la mémoire et celui du défaut de conscience sur l'amnésie.

Il ne peut y avoir souvenir que de ce qui a été conscient.

Or les faits d'inconscience sont fréquents chez les hysté-

riques, comme nous avons essayé de l'établir. D'où, nous sommes en droit de conclure que leur mémoire doit être une mémoire relativement pauvre.

Il faut convenir, il est vrai, qu'elles y suppléent souvent par l'imagination, laquelle est chez quelques-unes d'une richesse extraordinaire.

Peut-être même n'y suppléent-elles que trop. Il n'est pas impossible que cette nécessité de combler par l'imagination les lacunes du souvenir, soit pour quelque chose dans cette tendance au mensonge qu'on leur reproche si généralement.

Quoiqu'il en soit, de tout ce que nous venons de dire, voici les conclusions que nous croyons devoir tirer : en thèse générale, chez l'hystérique, les phénomènes inconscients doivent se rencontrer fréquemment, et la mémoire est d'une pauvreté relative ; ce second fait établi découle d'ailleurs comme conséquence immédiate du premier.

Nous aurions voulu pouvoir contrôler ces conclusions dans chaque cas particulier que nous avons eu l'occasion d'observer.

La difficulté de la tâche nous a immédiatement arrêté.

Nous nous bornerons à signaler les affaiblissements congénitaux de la mémoire que les hystériques peuvent présenter et qui ne sont pas propres à leur maladie.

« L'hystérie, dit P. Janet, peut en effet atteindre des personnes d'une intelligence faible ou dont le cerveau congénitalement atrophié n'est plus capable de fixer les souvenirs (1). »

---

(1) P. Janet. — *Etat mental des hystériques*, p. 82.

CHAPITRE III

1° Phase præconvulsive ou des auras prodromiques.

La période præconvulsive est caractérisée par l'apparition d'une série de phénomènes, constants chez une même malade et se déroulant à chaque attaque nouvelle dans un ordre toujours le même.

On a donné à ces phénomènes prémonitoires de l'attaque le nom d'auras. Pour M. le professeur Pitres, les auras psychiques apparaîtraient d'abord, puis les auras sensitives ; les auras motrices ne viendraient qu'en dernier lieu.

Tant que dure la période præconvulsive, la malade est consciente. Elle se rend à chaque instant un compte exact de ce qui se passe en elle.

Elle en garde le souvenir, lorsque l'attaque terminée elle redevient normale, et c'est par le récit qu'elle nous en fait que nous pouvons en avoir la connaissance.

Enfin, en même temps qu'elle a conscience de ce qui se passe actuellement en elle, elle dispose encore des souvenirs du passé.

Mais, s'il est vrai que durant la phase præconvulsive la

malade est consciente, doit-elle l'être également à tous les moments.

Pendant les quelques secondes que durent les phénomènes prodromiques, « la malade, dit Richer, a conscience de ce qui se passe en elle, mais déjà elle est distraite du monde extérieur et son intelligence s'obscurcit (1). »

Landouzy, lui aussi, croyait la perte de connaissance graduelle.

Que l'on examine en effet attentivement les malades pendant la période prœconvulsive et voici ce que l'on pourra constater.

Chez la plupart d'entre elles, le visage déjà altéré, prend une expression d'hébétude qu'il n'a pas naturellement, le regard se voile, les yeux sont comme mouillés de larmes.

Le fait est particulièrement net chez M^me^ Dut...

L'hallucination n'est pas rare à la période prœconvulsive.

Marceline Desb... a une attaque le 24 novembre 1892.

Elle est debout. Depuis quelques instants déjà elle se sent mal à l'aise. Brusquement son visage devient rouge, son regard se voile et prend une fixité étrange. Un sorte d'angoisse semble l'envahir. Elle s'étire, fait craquer ses doigts et, brusquement, s'écrie avec une inflexion de voix qui n'a rien de naturel : — « Mais non, ce n'est pas moi. »

Elle s'approche de son lit rapidement et se couche, prévoyant une attaque imminente. Elle-même demande qu'on l'attache.

La perte de connaissance n'a pas encore eu lieu, et déjà on ne peut plus dire que la malade est tout à fait consciente. Son intelligence s'obscurcit; sa physionomie, ces mots étranges qu'elle vient de prononcer, le son de sa voix, tout indique que chez elle l'hallucination existe.

(1) Richer. — *De la grande attaque hystéro-épileptique*, p. 42.

Chez d'autres malades, l'hallucination a pu se montrer plus nettement encore à la phase præconvulsive.

Dans un cas, à elle seule, elle a constitué la phase præconvulsive toute entière.

Nous publions ici l'observation détaillée de ce cas intéressant.

Mme G..., trente ans, journalière, vient à la consultation externe au mois de décembre 1894, pour des attaques de nerfs dont l'intensité et la fréquence ne font chaque jour qu'augmenter.

Sa mère, ses quatre sœurs, une tante maternelle, ont eu ou ont encore de violentes attaques de nerfs.

Elle-même eut sa première crise à l'autel, lors de sa première communion.

Depuis lors, les crises sont revenues à des intervalles plus ou moins éloignés. L'apparition des règles, plus tard le mariage, augmentent leur fréquence et leur intensité.

Toutes ont évolué de la même façon, avec le même cortège de phénomènes se reproduisant invariablement dans le même ordre.

Brusquement elle éprouve une sensation de serrement au creux épigastrique. Puis, une boule, partie de cette région, lui monte à la gorge, y déterminant une sensation angoissante de suffocation. Alors elle pousse un cri et tombe sans connaissance.

Tant que dure sa perte de connaissance, elle est étendue immobile, sans prononcer un mot ni faire un cri, comme en syncope.

Elle ne voit, ne sent, ni n'entend.

Tout d'un coup elle fait une profonde inspiration et reprend connaissance.

Elle ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé, sauf des phénomènes prodromiques dont elle se souvient fort bien.

Depuis une dizaine d'années, la malade, en outre de ces attaques que

nous avons décrites, en a eu d'autres qui ont une manière d'être différente.

Nous avons eu la bonne fortune d'assister à l'évolution de l'une de ces attaques.

Brusquement, la malade s'est écriée : — « Oh ! ces hommes ! — Non, non, je ne veux pas. »

Les paupières se sont abaissées; elles sont continuellement agitées d'un rapide mouvement vibratoire. Les yeux se sont mouillés de larmes.

Les membres sont également agités d'un léger tremblement.

On soulève alternativement les deux paupières, la gauche d'abord, la droite ensuite. Sitôt que la paupière gauche fut relevée, le visage de la malade prit l'expression du bonheur et du ravissement. Brusquement elle répéta : — « Oh ! ces hommes ! ces hommes ! »

Comme on lui demandait de quelle couleur elle les voyait et de quel côté ils se dirigeaient, elle répondit les voir en bleu et se dirigeant vers sa gauche.

Quand au contraire l'on eut soulevé la paupière droite, le visage exprima la tristesse et la crainte. Elle répondit voir toujours les hommes non plus en bleu cette fois, mais en noir ou en couleur toute autre sauf le bleu.

Cet état persista pendant un temps assez long.

Brusquement la malade se tut Le. tremblement des membres s'accentua, un peu d'écume apparut aux commissures des lèvres et elle commença à se débattre faiblement. Des contractures passagères survinrent, mais ne firent qu'apparaître pour disparaître presque aussitôt.

Pas d'état cataleptoïde, pas de phénomènes d'excitabilité neuro-musculaire.

La sensibilité générale paraissait n'être pas complètement abolie. A une excitation un peu forte de la peau, la malade réagissait encore faiblement.

Tout d'un coup les yeux s'ouvrirent et la connaissance parut revenue.

La malade accusait une douleur vive au creux épigastrique.

Elle n'avait aucun souvenir de tout ce qui s'était passé depuis le moment où elle avait cessé de parler, jusqu'à celui où elle avait ouvert les yeux, mais, elle se rappelait parfaitement tout ce qui avait précédé. Comme nous lui demandions pourquoi ces paroles étranges qu'elle avait tout à coup prononcées, voici le récit qu'elle nous fit :

Des hommes voulaient d'abord lui faire passer un pont de pierre en tout semblable à celui de la Bastide, puis la faire danser sur une longue corde au-dessus de l'eau.

Elle résistait, ne voulant pas se prêter à d'aussi étranges fantaisies et c'est alors qu'elle s'est écriée : « Oh ! ces hommes... Non, je ne veut pas y aller. »

Elle allait se laisser entraîner quand la perte de connaissance est survenue.

Au fond elle n'avait aucune peur de ces hommes qu'elle voyait.

D'ailleurs elle se rendait compte que ce qu'elle voyait était pure vision, que ses sensations étaient fausses, que rien de réel n'existait à portée de ses sens, qui fut propre à exciter de semblables sensations.

Elle s'y complaisait, comme l'on se complait en un rêve agréable. Ces hommes bleus flattaient son œil.

Nous avons dû borner là notre examen. La malade nous promit de revenir, mais nous ne l'avons pas revue.

2° **Phase convulsive.**

La malade, un instant raidie par la contraction tonique de tous les muscles, tout à coup commence à se débattre.

Les convulsions que l'on remarque alors ont été qualifiées d'illogiques, de clowniques. Leur apparence est, en effet, désordonnée. La malade, en proie à l'agitation la plus vive,

se jette tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Ses mouvements ont toute la brusquerie des mouvements réflexes.

L'opinion la plus généralement admise est qu'à cette phase la perte de connaissance est absolue.

Les facultés intellectuelles sont momentanément inactives.

Rien n'autorise à supposer que la malade pense à quelque chose. D'autre part, aucune excitation ne la fait réagir, soit que les impressions périphériques ne soient plus transmises aux centres, soit que ceux-ci se trouvent momentanément dans un état d'excitation tel, que la perception ne peut avoir lieu.

Nous avons ailleurs indiqué, en parlant des conditions que nécessitait pour se produire le phénomène de conscience, que la cause probable de l'absence de sensations durant les phénomènes convulsifs était la rapidité trop grande des impressions, se succédant sans donner à l'action nerveuse nécessaire à la conscience, le temps de se produire.

Nous nous arrêterons à cette idée d'une perte de connaissance absolue, pendant toute la durée des phénomènes convulsifs, parce qu'elle nous paraît confirmée par l'observation clinique.

En effet, aussi bien à l'état hypnotique, qu'à l'état de veille, jamais la malade n'a le souvenir de ses convulsions. Elle les ignore toujours, et si lorsqu'elle vous en parle elle vous dit qu'elle s'est beaucoup débattue, qu'il a fallu plusieurs hommes pour la tenir, elle ne fait que vous répéter ce que d'autres lui ont appris à elle-même.

Il est bien évident que de ce qu'un phénomène est oublié, il ne s'ensuit pas que l'on doive nécessairement conclure à son inconscience lors de son apparition.

Mais enfin, comme cette conclusion est vraisemblablement exacte, nous l'admettrons, sous toutes réserves bien entendu,

et jusqu'à preuve du contraire.

Et d'ailleurs, il y a autre chose en faveur de notre hypothèse de l'inconscience probable des phénomènes convulsifs de l'attaque hystérique.

Une de nos malades, M^me^ Gauj..., dont l'observation est relatée plus loin dans tous ses détails, eut un jour devant nos yeux, une violente attaque convulsive.

Or, si l'on interrogeait cette malade au moment de ses convulsions, alors qu'elle faisait sur son lit des sauts de carpe, se raidissait en arc de cercle, et si on lui demandait pourquoi elle se démenait ainsi, elle répondait invariablement : « Mais je ne bouge pas ! Pourquoi voulez-vous que je bouge ? »

Que l'on remarque d'autre part, qu'elle avait le sentiment de tous ses autres mouvements volontaires ou communiqués, et l'on conviendra facilement de l'inconscience probable de ses mouvements convulsifs.

Cependant plusieurs auteurs et des plus sérieux ont cru devoir admettre qu'il y avait, en y regardant de près, quelque chose de voulu dans les convulsions hystériques.

Ces convulsions ne seraient des mouvements illogiques qu'en apparence.

En réalité, la volonté ensommeillée, mais non tout à fait endormie, les coordonnerait encore vers un but déterminé.

Les convulsions ne seraient le plus souvent que des mouvements de défense contre la douleur.

« Il y a, dit Briquet, de l'harmonie dans les mouvements hystériques (1). »

« Chez les femmes qui ne perdent pas connaissance, les convulsions sont moins intenses, ce ne sont pour ainsi dire que

(1) Briquet. — Op. cit., page 361.

des efforts commandés par la douleur, et que les malades elles-mêmes comparent à cet espèce de raidissement général que l'on oppose machinalement à toute sensation douloureuse vive et spontanée (1). »

« Le plus ordinairement, les malades s'agitent comme si elles voulaient échapper à des violences; tantôt comme si elles se débattaient contre une étreinte... Les mains se portent convulsivement soit vers le col qu'elles saisissent avec violence, comme pour arracher un corps qui y causerait une grande gêne.

» Il est un certain nombre d'hystériques dont les cris durent tout le temps de l'attaque et ces cris sont analogues à ceux que pousserait un opéré qui se laisserait aller à la souffrance, ou à ceux que ferait une personne qui se débattrait contre une violence qu'on exercerait sur elle; ce sont des cris de fureur, de véritables rugissements (2). »

Delasiauve, avant Briquet, avait exprimé cette idée. Après avoir affirmé la non-spontanéité des convulsions épileptiques, il ajoute :

« Dans l'hystérie, au contraire, les convulsions ne sont plus automatiques; on dirait qu'impuissantes à se délivrer de l'obstacle respiratoire qui les opprime, les femmes en proie à une sorte de délire, se lamentent, se frappent, se déchirent, se tordent et cherchent en se jetant dans toutes les directions, à faire une diversion à leurs souffrances. Chez elles, il semble que la volonté, à demi-vaincue, s'efforce dans une effort suprême, de coordonner ces mouvements vers un but déterminé (3). »

Bernutz est plus précis encore :

---

(1) Briquet. — Op. cit., page 361.

(2) Briquet. — *Traité de l'hystérie*, 1859.

(3) Delasiauve. — *Traité de l'epilepsie*, cité par Briquet. Op. cit. p. 360.

« Ordinairement, le temps de l'accès que nous venons de signaler est très court, et des convulsions plus ou moins générales (2e période) succèdent immédiatement à la perte de connaissance.

» Les membres, un instant raidis (1re période), se tordent convulsivement, se projettent en divers sens, comme dans une sorte de lutte suscitée par la souffrance, et en particulier par la suffocation à laquelle les malades sont en proie, à laquelle elles semblent vouloir échapper en portant automatiquement leurs mains à la poitrine et au col qu'elles se lacèrent parfois dans les efforts insensés qu'elles font pour arracher l'obstacle qui les étouffe (1). »

Richer développe davantage l'idée de Delasiauve, de Briquet et de Bernutz et cite des observations à l'appui de son dire.

Chez l'une des malades, que nous avons observées, Jeanne Cham..., les phénomènes convulsifs présentaient par instant assez nettement ce caractère de mouvements de défense contre la douleur.

Mais comme nous n'avons pas pu, par l'interrogatoire de la malade, ramenée à elle en comprimant une zone spasmo-frénatrice, chercher, comme l'a fait Richer, la confirmation de notre hypothèse, nous ne saurions être aussi affirmatif que lui.

D'ailleurs, en admettant même que les convulsions de la seconde période soient en partie voulues, pourquoi en faire toujours exclusivement des mouvements de défense contre la douleur.

Nous pensons que ces mouvements sont, en apparence du moins, offensifs autant que défensifs. Le sentiment qu'ils tra-

(1) Bernutz. — Art. (Hystérie). — *Nouveau Dict. de méd. et de chir.*, 1874.

duisent est aussi bien la colère que la terreur ou qu'une sensation douloureuse.

Ceci nous paraît dépendre uniquement de la cause immédiate qui a fait éclater l'attaque. Cette cause peut être une terreur, une douleur subite et vive ; ce sera souvent aussi une contrariété, une colère. Dans le premier cas, les mouvements convulsifs, s'ils sont voulus, seront des mouvements de défense contre l'objet cause de la terreur ou contre la douleur; dans le second cas, ce seront des mouvements offensifs contre l'objet cause de la contrariété ou de la colère.

Briquet affirme que les convulsions hystériques sont toujours douloureuses, et que si l'hallucination y préside, ce ne peut être nécessairement qu'une hallucination pénible. Sans vouloir avec Louyer-Villermay faire des convulsions un spasme toujours lascif, nous émettrons l'avis discret qu'il est des cas où incontestablement une hallucination érotique agréable, paraît y présider.

Leur manière d'être, leur localisation plus spéciale à certaines parties du corps, en même temps que l'expression de profond ravissement que traduit dans ces cas le visage de la malade, tout concourt à nous donner l'apparence de raison.

Quoi qu'il en soit, l'hypothèse des mouvements convulsifs conscients n'est rien moins que prouvée. Nous l'avons donnée pour ce qu'elle valait.

En terminant ce chapitre, nous affirmerons de nouveau l'inconscience des convulsions. La malade n'en a pas le sentiment au moment où elles se produisent. Elle demeure toujours incapable d'en réveiller le souvenir.

3° Phase d'hypnose post-convulsive ou de délire.

Après que les convulsions ont cessé, les malades restent un moment immobiles, les yeux fermés, les membres flaccides. Leur apparence est alors celle d'une personne endormie du sommeil naturel.

C'est dans le cours de cette hypnose post-convulsive qu'apparaît le délire.

Le plus souvent, c'est un délire de mémoire. Il roule sur les faits passés de la vie de la malade, en particulier sur ceux qui ayant eu quelque influence sur le développement de sa maladie ont davantage frappé son imagination.

Depuis longtemps on avait noté ce caractère du délire hystérique.

« Quand la maladie résulte d'une cause morale, dit Landouzy, les idées délirantes roulent ordinairement sur tout ce qui se rapporte à cette cause (1). »

Le délire, écrit Briquet « a généralement rapport soit à des scènes auxquelles la malade se croit présente, soit aux pensées qui l'occupent habituellement ou qui l'ont beaucoup frappée ; il faut le considérer comme une sorte de rêve (2). »

« C'est toujours une simple réminiscence des pensées qui ont occupé les malades hors l'état d'attaque (Briquet, op. cit., p. 430).

» Briquet cite l'observation d'une fillette de dix ans, hystérique, laquelle un jour qu'on voulut lui faire une ablu-

(1) Landouzy. — Op. cit., p. 83.
(2) Briquet. — Op. cit.

tion d'eau froide, eut à la vue de l'éponge mouillée une violente attaque de délire. Pendant toute la durée de cette attaque, elle voyait avec horreur l'éponge s'approcher d'elle, ainsi que l'homme noir qui la tenait. Tout objet de couleur foncée ramenait une attaque de délire. (Briquet, op. cit., p. 429.)

Axenfeld le considère comme « une sorte de rêve en rapport avec les pensées qui occupent habituellement la malade ou qui l'ont vivement frappée peu de temps avant l'attaque (1). »

Chez quelques malades, affirme Bernutz, l'attaque se termine par un « accès de demi-délire dans lequel elles racontent d'une façon incohérente et inintelligible parfois, imagée chez d'autres, un événement dont elles ont été témoin, en se laissant aller involontairement à des indiscrétions compromettantes pour elles et pour les autres (2). »

Dans beaucoup de cas, les hallucinations ne sont donc que des réminiscences d'impression.

Pauline T.... croyait voir un fou qui sautait autour d'elle et la menaçait de la voix et du geste. Or, avant l'explosion du délire, elle avait vu mettre en cellule un malade atteint de *delirium tremens*.

Jeanne M... était obsédée par la pensée d'une morte qui grimaçait aux pieds de son lit et étendait vers elle, ses membres décharnés. Or elle avait assisté à l'agonie d'une de ses voisines peu de jours auparavant. (Pitres, op. cit., t. II, p. 206.)

Elisabeth R..., trente cinq ans.

En 1869, Elisabeth, alors âgée de seize ans, est pensionnaire d'un orphelinat de Paris. Un jour, la maîtresse de sa classe, dans une leçon sur les

(1) Axenfeld. — 1862, tome IV, page 612.

(2) Bernutz. — Article « Hystérie ». *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1874.

volcans, raconte comment Herculanum avait été engloutie sous la lave. Effrayée par ce récit, elle eut une grande attaque de nerfs suivie d'une longue période de délire pendant laquelle elle croyait être enveloppée par du feu.

En 1874, elle se lie avec un ouvrier horloger, nommé Alexandre, avec lequel elle vécut.

En 1875, les amoureux allèrent voir jouer une féerie qui faisait courir tout Paris : *Le Tour du Monde en 80 jours*. Au tableau qui représente la grotte des serpents, Elisabeth, saisie d'épouvante, quitta sa place et eut dans les couloirs du théâtre une attaque convulsive avec un accès de délire aigu durant lequel elle se croyait menacée par des animaux monstrueux.

A partir de ce moment elle eut des attaques de délire très fréquentes dans lesquelles elle se voyait entourée par des serpents gigantesques, menacée par des animaux fantastiques.

En 1882, son amant la quitte. Désormais elle croit toujours s'entretenir avec l'infidèle, lui reproche à chaque attaque nouvelle de l'avoir abandonnée (1).

Le délire de l'hystérique n'est donc qu'un rêve durant lequel les scènes qui, dans un sens heureux ou malheureux, ont frappé son imagination, se reproduisent, et surtout celles qui ont eu une influence sur le développement de la maladie.

Un autre caractère qui tendrait encore à imposer cette assimilation du délire de la troisième période à un rêve, est la mobilité extrême des impressions et l'inconstance des idées. La malade arrête brusquement au milieu d'une phrase toutes ses divagations. Mais cet intervalle de calme ne dure pas et le délire reprend sur un ton différent. Pendant

(1) Pitres. — Op. cit., p. 226 et suivantes.

le temps d'arrêt, la malade paraît avoir oublié ce qu'elle disait. Elle ne continue pas l'histoire commencée, elle en commence une autre par son milieu, semblant poursuivre un récit déjà entrepris.

Ce caractère est plus particulièrement remarquable chez les malades qui présentent cette forme de délire, dit délire musical.

On pourrait se demander si cette mobilité extrême des souvenirs n'est pas l'indice d'une richesse d'imagination plus grande. Il est certain que durant les délires hystériques, les facultés imaginatives peuvent s'exalter extraordinairement. La plupart des auteurs le signalent. « Selon Cabanis, rien n'est moins rare que de voir les femmes acquérir, dans leurs accès de vapeurs, une pénétration d'esprit qu'elles n'avaient pas naturellement et ces avantages, qui ne sont que passagers, disparaître quand la santé revient (1). »

Aussi ne contesterons-nous pas le fait. Mais ce n'est pas en cela qu'il faut, à ce qu'il nous semble, rechercher la cause du défaut de fixité des impressions. Elle nous paraît être ailleurs, sans doute dans une asthénie de la volonté, incapable de fixer le souvenir actuellement évoqué, d'écarter la foule de ceux qui, à tout moment, viennent se substituer à lui.

Nous sommes dans un même moment, assaillis par un nombre très grand d'idées et d'images. Nous en accueillons une sur laquelle nous fixons notre attention, que nous poursuivons, discernant entre les souvenirs qui nous harcèlent ceux qui ont quelque rapport avec elle, et repoussant les autres. L'esprit d'une hystérique est incapable de se fixer. Tout souvenir qui surgit s'impose à lui victorieux, prenant la place de celui qui le précédait immédiatement, lequel est

(1) Landouzy. — *Traité complet de l'hystérie*, Paris, 1841.

projeté dans l'oubli, sans que la volonté de la malade fasse rien pour l'empêcher.

Pendant leur délire, quelques malades paraissent étrangers à ce qui se passe autour d'eux; il ne voient ni n'entendent.

Les excitations les plus fortes de la peau ou des muqueuses ne sont pas perçues; du moins elles paraissent ne pas l'être, car elles ne déterminent aucune espèce de réaction de la part de la malade.

Aussi rien ne peut, dans ces cas, interrompre les malades au milieu de leurs divagations. Leur délire est un délire de mouvements et de paroles. L'agitation et la loquacité sont extrêmes. L'hallucination, constante, est le plus souvent d'une inconcevable étrangeté. Fréquemment ce genre de délire est monoidéïque. La malade est dominée par une idée fixe, laquelle absorbe toute son attention, incapable dès lors de se fixer sur autre chose. Cette idée fixe est prise par elle pour point de départ d'un délire systématisé, bruyant et agité, que rien ne peut interrompre ni modifier.

Jeanne Lar... et Jeanne Log..., nous ont toutes deux présenté un état délirant, offrant à peu près ces caractères.

Jeanne Lar... avait une hallucination étrange, autant par sa fixité que par sa nature. Elle voyait sa tête séparée du reste du corps, se promenant par la ville, disparaissant puis reparaissant à ses regards étonnés. Les seuls mots qu'elle prononçât étaient : « Oh! ma tête! ma tête! » Elle les répéta sans trève durant tout son délire qui fut assez long, ayant persisté plusieurs jours.

Rien ne pouvait l'arracher à son idée fixe. Ses yeux étaient grands ouverts, mais elle paraissait ne rien voir. Elle n'entendait, ne sentait ni ne goûtait. La peau et les muqueuses étaient insensibles.

Jeanne Log... fut dans un état assez analogue. La nature seule de l'hal-

lucination était différente. La vue du rouge paraissait lui procurer un plaisir tout particulier : « Beau ! çà! beau! » disait-elle en le montrant Tout le reste la laissait indifférente. C'étaient les seuls mots qu'elle sut dire et elle les répétait sans repos.

Chez ces deux malades, l'inconscience, de prime abord, paraît absolue. Rien ne parvient à les détourner de la contemplation de l'idée fixe qui les domine. L'on ne saurait dire cependant qu'elles sont complètement inconscientes. Elles ont conscience de l'objet de leur délire. Elles en garderont le souvenir latent que les états d'hypnose suivants vont pouvoir réveiller. Or, tout ce qui laisse un souvenir a été conscient lors de son apparition.

L'idée fixe qui obsédait nos malades, remplissait à elle seule tout le champ de leur conscience. Tout le reste demeurait sur le seuil de la conscience, à l'état de subconscient, présentant un minimum de conscience trop faible pour permettre le souvenir. Il ne peut y avoir actuellement qu'un état de conscience clair. Il en est, a-t-on dit, de la conscience comme de la rétine ; elle aussi a sa tache jaune. Tant qu'un état de conscience fixe, persiste à occuper la région de cette tache jaune, tout le reste demeure nécessairement à l'état de moindre conscience.

Voilà, sans doute, comment dans le cas d'idée fixe, s'expliquerait cette apparence d'inconscience absolue.

Le plus souvent, durant leur délire, les hystériques entendent ce qu'on leur dit. Mais il est toujours très difficile d'avoir avec elle un entretien suivi. Elles répondent par monosyllabes, et reviennent aussitôt à leur rêverie. La tendance à l'idée fixe est ici encore des plus nettes.

Quelques malades ne paraissent comprendre que les choses

ayant rapport à la systématisation délirante qui les obsède. En se substituant à l'un des personnages du délire et en prononçant les paroles qu'il pourrait prononcer, il est possible alors de s'entretenir avec elles. Chez Marceline Desb... le fait est des plus remarquables. Dans beaucoup d'autres cas, nous avons encore pu le constater, en particulier chez Jeanne Log..., Jeanne Lar... et Jeanne Champ...

Les sens spéciaux ont le plus souvent une certaine acuité ; la peau et les muqueuses peuvent avoir conservé un minimum d'excitabilité.

Ces cas ne sont pas les plus nombreux parmi ceux que nous avons pu observer. Le plus souvent, chez nos malades, il n'existait pas de délire systématisé. L'attaque paraissait terminée, et l'on eut dit que la connaissance était revenue. Les paupières pourtant demeuraient closes; un tremblement léger les agitait. L'expression du visage n'avait, d'ailleurs rien que de très naturel. Les malades entendaient, sentaient et goûtaient comme à l'état de veille. Leurs sens paraissaient même avoir acquis, dans certains cas, une finesse qu'ils n'avaient pas naturellement. La peau et les muqueuses avaient leur sensibilité normale. Il est bien entendu que dans les cas où des anesthésies préexistaient, elles ont persisté. C'est ainsi que M^me^ Gauj..., hémi-anesthésique droite à l'état de veille, l'était aussi durant l'accès que nous avons observé.

Les malades étaient dans un état fort intéressant.

Elles riaient, chantaient à tue tête. Leurs propos, rarement extravagants, étaient, chez quelques-unes, d'une logique bien faite pour surprendre les esprits non prévenus. Elles commettaient souvent alors des indiscrétions compromettantes pour elles ou pour les autres, se moquaient en riant des uns et des autres, disant à chacun son fait, s'inquiétant assez peu des convenances. On évitait de les inquiéter, craignant d'entendre des vérités désagréables.

L'hallucination existait rarement ; parfois encore les malades étaient le jouet d'illusions, comme Mme Duth., dont nous publions très longuement l'observation ; mais en général, leurs paroles et leurs actes étaient déterminés par ce qu'elles entendaient dire et faire autour d'elles. Dans la scène à laquelle elles assistaient, elles accaparaient le rôle principal, s'imposant à l'attention de tous par leur verbiage dévergondé.

En résumé, quelle que soit l'intensité de son délire, l'hystérique est toujours consciente à un degré quelconque. Elle garde, à l'état de veille, le souvenir latent de son accès délirant. Dans les états d'hypnose suivants, ce souvenir latent sera susceptible de toujours surgir.

Ceci, encore une fois, est la meilleure preuve que durant le délire hystérique la conscience demeure, si faible qu'elle ait paru. Il ne saurait y avoir souvenir de ce qui a été inconscient.

Le délire hystérique est le plus souvent un délire de mémoire. Il roule sur les faits passés de la vie de la malade, en particulier sur ceux qui, ayant eu quelque influence sur le développement de sa maladie, ont davantage frappé son imagination.

Ce qui le caractérise encore c'est une mobilité extrême des souvenirs.

Dans quelques cas où le délire est très violent, ces caractères se retrouvent difficilement. La malade est absorbée par la contemplation d'une idée fixe qui l'obsède. L'hallucination n'est plus déterminée par le souvenir d'une impression autrefois ressentie. Ce qu'elle voit n'est pas la répétition d'une scène autrefois vécue. C'est le plus souvent une vision étrange à laquelle aucune réalité n'a jamais correspondu.

Puisque donc l'hystérique, durant son état d'hypnose spon-

tané, a le souvenir de ses états d'hypnose antérieurs et de l'état de veille, alors qu'à l'état de veille elle connaît seulement sa vie normale ignorant sa vie pathologique, n'est-il pas vrai de dire que chez elle, la mémoire de l'attaque est la mémoire parfaite? Oui, si le plus ou moins de perfection de la mémoire réside dans le fait d'évoquer un plus ou moins grand nombre d'images, non, si le plus ou moins de perfection de cette même mémoire réside dans la perception plus ou moins nette des images évoquées.

Car si, durant son délire, l'hystérique a une mémoire plus vaste, il n'est pas vrai, tant s'en faut, qu'elle ait la perception toujours nette des souvenirs éveillés.

Le plus souvent, au réveil, les hystériques n'ont aucun souvenir de leurs accès délirants.

Cependant, nous avons pu recueillir l'observation d'une malade chez laquelle, après quelques mouvements convulsifs légers, survenait un délire fort long et typique, qu'elle se rappelait au réveil jusque dans les moindres détails. Cette malade présentait une autre particularité. Elle gardait le souvenir de ses états d'hypnose provoqués. Mais ceci n'a rien qui doive étonner. Les malades qui s'éveillent d'un état hypnotique provoqué en ont gardé ou en ont perdu le souvenir. C'est une question de degré dans l'état d'hypnose comme Bernheim et d'autres l'ont parfaitement démontré.

Voici d'ailleurs le détail de l'observation :

Madame Duth. — Nous observons la malade le 15 janvier 1895. Peu à peu le regard se trouble, la bouche est entr'ouverte, l'œil hagard comme d'une folle. Déjà en effet la malade est en état de subdélirium.

Les paupières enfin tombent et la malade paraît dormir.

Un tremblement léger agite tout son corps, plus accentué dans la moitié supérieure du tronc.

Brusquement elle se retourne sur le ventre, reste quelques instants dans cette position puis se remet sur le dos.

Elle étouffe, son estomac lui fait mal. Elle appelle une infirmière pour lui presser sur le creux de l'épigastre; comme celle-ci tarde à venir elle y presse elle-même. La douleur ne fait que s'accentuer. On observe en ce moment des spasmes brusques et violents des muscles de la paroi abdominale. L'impression du visage est plus égarée. Par intervalle elle se raidit brusquement dans l'extension.

Les phénomènes convulsifs se bornent là.

La malade s'est occupée à rouler des boulettes de papier qu'elle dépose sur le lit à mesure. Elle dit vouloir les lancer à ses voisines.

Brusquement elle s'interrompt au milieu d'une phrase, comme suffoquant et suspend son travail. Le tremblement revient plus fort, en même temps que réapparaissent les spasmes abdominaux.

Mais tout ceci ne dure pas. La malade se croyant à son ménage serre sa vaisselle en reprochant à son enfant de manquer d'ordre.

Puis elle parle de sa maladie, se désole de ne pas guérir et le reproche à son docteur.

Un étudiant se trouvant près de son lit. elle le prend pour son mari, s'entretient avec lui, et s'étonnant de lui voir un tablier, elle s'égaie à l'idée qu'il va la servir à table — « Ote-toi ça, lui dit-elle... Ce n'est pas à quarante-trois ans qu'on s'amuse ainsi; c'est permis à notre gosse mais non à toi... Prends exemple sur ton père, pauvre gosse... Mais allons manger, et puis, adieu papa, adieu maman, et à l'école... Il a peur de moi. »

Elle entend des rires : « Mais qui rit, comme cela. »

Puis elle veut se lever pour aller au jardin. Elle se lève, en effet, s'habille, et s'approchant de l'une de ses voisines : — « Viens, dit-elle, déjeuner avec moi. » Il lui faut aller à l'épicier et au marché car elle n'a pas de bonne.

On veut la faire coucher. Elle s'imagine que c'est sa voisine qui lui donne ce conseil, la disant malade. Elle se refuse à admettre qu'elle est à l hôpital. En insistant on finit cependant par le lui faire reconnaître.

Par une traction brusque sur le bras, on détermine l'état cataleptoïde. On recherche les phénomènes d'excitabilité neuro-musculaire par l'excitation au moyen d'un crayon des muscles des commissures labiales ; elle demande « pourquoi on veut lui faire les moustaches» , mais ne se défend pas.

Les mêmes phénomènes pourraient se reproduire pendant un temps fort long. On réveille la malade en soufflant sur les globes oculaires.

La figure reprend son expression normale.

On l'interroge sur ce qui vient de se passer. Elle nous répond qu'elle vient d'avoir une crise. On lui demande de préciser les détails de cette crise. Elle nous dit alors les phénomènes du début, elle nous rappelle avoir prié qu'on lui pressât sur l'estomac, s'être levée pour aller au jardin, s'être entretenue avec son mari qu'elle voyait revêtu de son tablier et avec son enfant. Elle nous rappelle enfin que nous lui avons tiré le bras et « fait les moustaches ».

La fixation du regard la met rapidement à l'état d'hypnose provoqué. Son état d'hypnose est en tout semblable aux états observés chez d'autres malades. Ses paupières sont closes. Les membres sont en résolution. La traction brusque d'un bras détermine l'état cataleptoïde. Pas de phénomène d'hyperexcitabilité neuro-musculaire. Sensibilité normale. La malade conserve ses rapports avec le monde extérieur. Elle ne veut pas reconnaître qu'elle dort. Si on la prie d'ouvrir les yeux, puisqu'elle ne dort pas, elle essaie, mais reconnaît vite son impuissance à le faire ; on lui aura mis, dit-elle, quelque chose sur les yeux pour les empêcher de s'ouvrir. On la réveille en soufflant sur les yeux. Reveillée elle a le souvenir complet de son état d'hypnose provoqué. Elle a pu nous rappeler jusque dans les moindres détails tout ce qu'elle a dit, fait, ou entendu durant cet état, comme tout à l'heure elle nous rappelait les moindres incidents de son accès.

Jeanne Log... affirme, elle aussi, s'être souvenue de ses premiers accès délirants.

Briquet, d'après Willis, cite le cas d'un homme qui, revenant à lui au sortir d'une attaque convulsive violente, gardait le souvenir complet de tout ce qui s'était passé pendant sa durée. Mais on ne saurait rien conclure de ce fait isolé. Il est incontestable que, dans la très grande majorité des cas, l'hystérique, à son réveil, ne sait rien de son délire.

Quoi qu'il en soit, ce qui est admis, c'est que toujours le souvenir de l'accès délirant, perdu à l'état de veille, est retrouvé dans les états d'hypnose suivants, qu'ils soient provoqués ou qu'ils soient spontanés. A ce point de vue encore, Jeanne Log... ferait exception à la loi générale. Dans ses états d'hypnose provoqués, elle n'avait aucun souvenir de ses états d'hypnose spontanés antérieurs ni de ses délires post-convulsifs. L'on voit par là combien est difficile, en pareille matière, l'interprétation des faits cliniques et combien l'on doit être réservé dans ses conclusions.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation I

Marceline Desbl..., dix-sept ans, domestique, entrée à l'hôpital Saint-André, salle 7, le 24 novembre 1892.

Attaque observée le 24 novembre. — Le visage de Marceline devient rouge, ses yeux deviennent plus brillants ; une sorte d'angoisse semble l'envahir. Elle s'étire, fait craquer ses doigts et brusquement s'écrie, avec une intonation de voix qui n'a rien de naturel : « Mais non, ce n'est pas moi.» Elle n'est déjà plus complètement consciente.

Elle se couche et il faut l'attacher. La rougeur de la face s'accentue, les yeux se convulsent, les poings se crispent et les bras se raidissent. La contracture brusquement se généralise et les convulsions commencent. Les paupières sont abaissées. Respiration précipitée. Pouls : 120 pulsations.

De temps en temps, la malade prononce des lambeaux de phrases incohérents : « C'est moi ! — Mais non. » Elle appelle sa sœur Marie et son frère Joseph.

La pression d'une zone spasmo-frénatrice lui fait ouvrir les yeux. Les convulsions se calment et le délire s'accentue. On lui souffle dans les yeux,

elle regarde autour d'elle, comme étonnée. Elle a une physionomie souriante qui laisse supposer un état d'esprit différent du précédent. Cependant l'attaque n'est pas terminée. Quelques convulsions partielles persistent. La connaissance n'est pas revenue toute entière. La malade affirme en effet s'être attachée elle-même et veut qu'on la détache tout de suite.

— « C'est moi, dit-elle, qui me suis attachée... C'est moi qui l'ai fait... C'est maman qui va venir... Papa aussi...» A ce moment elle semble reprendre connaissance. Elle relève peu à peu ses paupières retombées, se soulève sur un coude, regarde autour d'elle d'un air étonné, sourit à l'entourage, puis, à voix basse, avec une intonation de voix très juste et comme sous l'influence d'une peur réelle elle dit : — « Détachez moi, si maman venait ! » On essaie de préciser la nature de ses hallucinations en demandant où est sa mère, si elle la voit et si elle l'entend, mais on n'obtient que des réponses incohérentes.

La malade a de nouveau de légers raidissements, ébauche de faibles convulsions et cesse de parler. Les paupières sont retombées, on lui souffle une troisième fois dans les yeux, entre les paupières écartées. Celles-ci demeurent ouvertes ; on demande alors à la malade comment elle s'est attachée. — « Je ne sais pas. » On lui demande encore si elle voit sa mère, elle répond : « Non » en paraissant ne pas comprendre la question. L'attaque est terminée.

Le lendemain nous assistons à une attaque semblable. La pression sur les ovaires arrête les convulsions. Les paupières closes se sont ouvertes et l'accès délirant éclate. Il est difficile d'entrer dans le délire de la malade. Cependant, en insistant, on arrive à savoir qu'elle voit son père travailler aux champs pendant qu'elle-même et sa mère s'occupent dans une chambre. Elle nous apprend ensuite que son frère la bat, mais on lui fait avouer qu'elle a commencé et qu'il ne fait que lui rendre des coups qu'elle lui a donnés.

A tout propos reviennent ces mots : — « Mais non ! C'est moi » sans qu'on puisse savoir à quoi ils se rapportent. La malade invective une femme qui lui déroba de l'argent, l'appelant : « Vilaine, méchante. »

Le 1er décembre 1892 durant la visite la malade a une attaque. Elle était levée ; mais sentant venir sa crise, elle s'est couchée et a demandé qu'on l'attache.

La crise évolue comme la précédente. Brusquement au début de la phase délirante, ses yeux s'attachent au plafond, elle part d'un éclat de rire bruyant. spasmodique, en s'écriant :

« Oh ! Que c'est vilain ! »

« C'est tout blanc !... deux maisons !... trois maisons !... il y en a trois !... Que c'est vilain !...»

On veut lui faire expliquer pourquoi ce rire et pourquoi ces maisons si blanches et si vilaines ; on n'obtient aucune réponse en rapport avec l'hallucination.

Elle prononce le mot de « Chainchevielle » on essaye de lui faire dire ce que ce mot signifie, on n'obtient que des réponses incohérentes.

Au bout de quelques instants, on peut avoir avec elle le dialogue suivant, quand elle prononce le nom de sa sœur, Maria :

« Où est-elle Maria ? »

« Elle est bien loin — Elle est là. »

« Si elle est là, vous la voyez ? »

« Elle va venir. »

Brusquement la voilà reprise de son rire nerveux ; elle regarde au plafond et s'écrie :

« Ah ! qu'elles sont vilaines, les maisons toutes blanches et toutes noires.»

Quelques instants après, on lui demande où elle est née : elle répond : « A Boueil » — « Dans quel département est Boueil ? » — « Chez maman.»

Elle se croit chez ses parents ; on lui affirme qu'elle est à l'hôpital. Cette idée la révolte. Elle s'écrie violemment : « Mais non, mais non. » Elle finit cependant par se résigner à l'admettre. Elle devient alors triste, ses yeux se mouillent. Ses lèvres frémissent légèrement.

Bientôt la colère succède à la tristesse :

« Mais non je ne veux pas rester à l'hôpital.»

On cherche à lui prouver que son séjour à l'hôpital est nécessaire pour

sa guérison. Elle répond qu'elle n'est pas malade et une fois de plus le plafond tout blanc attire son attention et provoque son hilarité.

On suggère à la malade de saluer le service le lendemain à son entrée dans la salle. Cette idée la fait rire.

Elle ne veut pas y consentir : « Mais non, mais non ». On insiste. Elle finit par dire : « Oui, Maria. »

On laisse la malade. C'est la fin de la crise.

2 décembre. — La malade n'a pas exécuté la suggestion.

23 décembre. — Nouvelle crise.

La malade est à la période convulsive.

On l'appelle, on la secoue violemment, elle ne répond pas. On la pince fortement : elle ne réagit pas.

Les convulsions parfois s'arrêtent pour faire place à des contractures passagères.

Peu à peu, les périodes d'accalmie se prolongent et les «décharges musculaires » diminuent d'intensité et de fréquence.

Au bout de cinq à six minutes, la malade appelle sa sœur Maria :

— « Maria! viens avec moi ».

Elle est étendue, les paupières closes, sans tremblement, dans l'attitude du sommeil naturel.

La piqûre n'est toujours pas sentie : — « Je veux aller travailler. » — « Où veux-tu aller travailler ? » — « Au marché... Il faut que j'y aille. » — « Pourquoi faire ? »

— « Madame ne veut pas que j'achète dans la rue. »

— « Et bien ! partons alors.

Après quelques secondes, brusquement, la malade, passant à un autre ordre d'idées, s'écrie :

— « Il y a des bêtes beaucoup. Oh ! ce gros crocodile. »

Les convulsions reprennent, mais pour disparaître presque aussitôt.

— « Je ne veux pas y aller, non, tu vas y aller, Joseph, il y a un serpent. »

Puis, elle continue :

— « Il y en a beaucoup alors... Une grosse bête a mangé un gros serpent et le serpent avait voulu mangé un enfant. Ce n'était pas bien... Il n'a pas eu peur, Joseph. »

— « Toi, tu as peur. Echappe-toi. »

— « Non, il y a de l'eau. »

— « Et alors, comment vas-tu faire pour passer » ?

— « Joseph va mettre une barre ».

— « Allons, nous voilà passés. »

— « Il y avait un gros renard qui emportait une grosse poule..... ..... Maman m'avait une fois grondée pour avoir tué un petit poulet. »

— « Pourquoi, l'as-tu tué ? »

— « Il était méchant..... Maman, elle, était si bonne. »

— « Ah ! elle était bien bonne ! Elle est morte alors ! Depuis quand ? »

— « Qui ça ? maman ? Mais elle n'est pas morte ! elle n'est pas morte. »

La malade, bouleversée par l'idée de la mort de sa mère, s'agite violemment, sanglotte et crie : « Non, non, elle n'est pas morte ! »

On la calme en lui affirmant qu'elle n'est pas morte en effet, ce qui est du reste une réalité.

On pose quelques autres questions à la malade pour savoir si elle se souvient de son état de veille et des événements de sa vie passée : on lui fait dire l'âge de son frère, celui de sa mère, le nom de ses maitres, le lieu de sa naissance. Elle répond exactement.

15 janvier. — Nouvelle crise — même état. La malade se souvient de la période de l'aura.

18 janvier 1893. — Elle quitte l'hôpital non améliorée. Son père et sa mère viennent la chercher.

Observation II

Jeanne Chumf..., lisseuse, dix-neuf ans, entre à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Pitres, le 8 mai 1893.

Première attaque convulsive il y a trois ans, à la mort de son père. A son réveil, elle n'eut aucun souvenir de ce qui avait pu se produire pendant sa durée.

Le lendemain, nouvelle attaque plus violente que la précédente.

Dans les premiers mois de l'année 1892, les attaques augmentent d'intensité et de fréquence.

Au mois de mai 1893, la malade, voyant de jour en jour son état s'aggraver davantage, entre enfin à l'hôpital Saint-André.

Depuis son entrée, la malade a chaque jour une ou plusieurs attaques. Elles sont de deux sortes : des attaques de sommeil ou des attaques convulsives.

L'attaque convulsive débute constamment chez elle par une phase très nette de phénomènes prodromiques. La malade a la sensation d'une boule se détachant de la région ovarienne, roulant plusieurs fois dans le ventre, puis montant jusqu'à la gorge où elle détermine la suffocation.

La malade a le visage et les yeux injectés. Le cou est gonflé, les veines sont dilatées extraordinairement, la malade étouffe de plus en plus. Enfin, la suffocation est extrême; elle porte ses mains à son col, pousse un cri, d'une violence telle que l'on dirait un rugissement, et les convulsions commencent.

Elles sont désordonnées; la malade s'agite dans tous les sens avec une extrême violence. De temps en temps elle se met en arc de cercle, reposant sur le lit seulement par la tête ou les pieds, ou bien elle fait une série de salutations. Le tronc, soulevé tout d'une pièce, et projeté violemment en arrière, frappe énergiquement le lit. La face est vultueuse, les dents

grincent; tout semble indiquer que la malade est sous le coup d'une colère des plus violentes. Les convulsions durent un temps plus ou moins long.

Suit un état délirant généralement assez long. C'est un délire de mémoire que caractérise le peu de fixité des souvenirs. La malade crie, chante à tue-tête, cause avec ses voisines, riant aux éclats, passant d'un sujet à un autre, avec un entrain toujours égal que rien ne saurait troubler.

Revenue à elle spontanément ou par pression des zones hypno-frénatrices, elle ne garde aucun souvenir ni de ses convulsions, ni de ses idées délirantes. Elle se souvient seulement des prodromes qui ont précédé la perte de connaissance.

La malade, très facilement hypnotisable, est mise par fixation du regard en état hypnotique. Dans cet état elle recouvre le souvenir de son accès délirant, mais, comme à l'état de veille, elle ignore ses mouvements convulsifs.

Observation III

Jeanne Dan... — Hystérie convulsive. — Première attaque convulsive survenue en 1891 à la suite d'une forte émotion.

A la fin de 1893, les attaques convulsives sont devenues rares, mais des attaques d'une nature différente; des attaques de sommeil ont surgi, augmentant chaque jour de plus en plus de fréquence et de durée.

La malade pressent ses attaques convulsives. Avant l'apparition des mouvements convulsifs, elle éprouve constamment une série de symptômes auxquels elle ne se trompe pas : battements forts dans les tempes, serrements sur les côtés du visage, constriction à la gorge. Au cortège ordinaire des auras, il ne manque que la sensation de la boule ascendante.

La strangulation s'accentue ; on entend comme des raclements sourds

qui viennent du fond de la gorge. Le cou se gonfle et les muscles de la région hyoïdienne sont le siège de contractions légères. Un instant raidie dans l'extension forcée, elle commence à se débattre. Les convulsions durent un temps relativement court.

Le délire survient rapidement. « En route ! » s'écrie la malade. Ce sont les premiers mots qu'elle prononce. Dès le début de l'état délirant, interrogée sur ses convulsions, elle les ignore complètement.

Ramenée à l'état normal, la malade n'a aucun souvenir de ce qui a pu se passer. Elle sait qu'elle a éprouvé à un certain moment des troubles particuliers. C'est tout ce dont elle peut se souvenir. Le reste, elle ne le connait que par le récit qu'on lui en fait à elle-même.

Durant son accès délirant, elle avait le souvenir de ses états d'hypnose antérieurs et de son état de veille.

Observation IV

Jeanne Log..., quinze ans, entrée à l'hôpital Saint-André, salle 7, le 10 décembre 1892.

La première attaque survient le 7 décembre 1892. A partir de ce moment, jusqu'à son entrée à l'hôpital, elle en a chaque jour au moins une nouvelle, d'intensité variable. Elle affirme n'avoir perdu connaissance durant aucune et avoir toujours gardé au réveil le souvenir de tout ce qui avait pu se produire durant son accès.

Depuis son entrée, les crises continuent de revenir quotidiennement. La perte de connaissance pendant leur durée est toujours complète. Quand elles sont terminées, la malade n'a aucun souvenir des incidents qui les ont marquées.

Le 22 février 1893, pendant que l'on procède à son examen, la malade s'endort insensiblement, sans présenter le moindre phénomène prodro-

mique. Ses yeux tout d'abord se voilent, les paupières ont clignoté, devenant lourdes et s'abaissant insensiblement. « Allez-vous dormir, lui demanda-t-on ? » — « Je ne sais pas, répondit-elle. » Les paupières restent enfin définitivement abaissées, la malade dort. Elle est étendue dans le décubitus dorsal, immobile, le visage calme; n'était le tremblement léger qui agite continuellement ses paupières, elle aurait toute l'apparence d'une personne endormie du sommeil naturel.

Peu à peu, la respiration s'embarrasse, la malade étouffe. Tout son corps se raidit brusquement en extension dans une contraction forte des muscles.

Au bout de quelques minutes, ces symptômes convulsifs disparaissent, et la malade, redevenue calme, reprend l'apparence du sommeil. Elle se plaint d'une grande lassitude dans la tête, sans douleur et d'une sensation de poids très lourd sur les yeux. Elle parle d'une voix tranquille, sans brusquerie et avec beaucoup de suite.

De nouveau, elle sent une boule lui monter à la gorge; la suffocation va reparaître.

C'est comme une ébauche nouvelle de mouvements convulsifs. La malade demande qu'on la réveille, ce à quoi on arrive facilement par une pression légère et soutenue sur les globes oculaires.

L'attaque a duré 25 minutes à peine. La malade garde une grande lassitude à la tête; une légère sensation de constriction à la gorge. Elle a mal d'estomac.

Rien ne peut réveiller chez elle le souvenir de ce qui s'est passé.

Examen pratiqué le 5 janvier. — Par la fixation du regard, la malade est rapidement endormie. Ses paupières closes, ne sont agitées d'aucun tremblement. Son visage est calme. On la croirait endormie du sommeil naturel, si l'on ne voyait ses membres agités par instant de forts tremblements.

L'agitation, au bout d'un moment, s'accentue. La malade se tire les cheveux et serre les draps de son lit entre ses doigs crispés comme en proie à quelque malaise.

En écartant les paupières, on trouve les globes oculaires convulsés en haut et à gauche.

La sensibilité cutanée paraît normale. Pas de flaccidité léthargique, ni de raideur cataleptique des membres.

Au bout de quelques instants, la malade se met à parler spontanément. Elle est à la douche et s'entretient avec la doucheuse : — « Dieu ! que c'est froid, ces douches ! Je préférerais des bains de mer... Laissez-moi ! Je suis fatiguée... » Se croyant réellement à la douche, elle fait certains mouvements comme pour fuir le jet d'eau froide.

En se substituant à la doucheuse et en parlant de choses en rapport avec sa systématisation délirante, on peut converser facilement avec elle. Mais si l'on veut changer le sujet de l'entretien, elle paraît ne plus entendre et ne répond pas. La contemplation de son idée délirante l'absorbe toute entière, la rendant incapable de porter son attention sur quelque autre chose.

On essaie de la réveiller par les divers moyens qui d'ordinaire réussissent, mais sans y parvenir. Elle continue de dormir.

Une demi-heure après, pendant la durée du sommeil, surviennent de violentes convulsions. Celles-ci arrêtées, la malade se réveille spontanément d'elle-même.

Elle n'a aucun souvenir de tout ce qui vient de se passer.

Le 12 janvier, elle est de nouveau mise en état d'hypnose.

La malade est debout, les yeux fermés, le visage calme, les membres flaccides. Elle se croit auprès de sa mère venue à l'hôpital pour la voir. En se substituant à sa mère, on arrive à causer avec elle. Elle veut persuader qu'il faut la sortir de l'hôpital. Pour y arriver elle en dépeint tous les ennuis, en un tableau réaliste et malicieux. La description qu'elle en fait est une revue spirituelle où tout le monde défile : « les étudiants avec leur aspect bizarre, la sœur qui rit sous sa grande cornette en faisant mine d'égrener un chapelet, les vieilles malades qui jacassent, toussent et jacassent encore, l'empêchant de dormir. » Elle parle avec la même facilité qu'à l'état de veille. D'ailleurs, elle se croit éveillée et rit quand on lui dit qu'elle dort.

Elle n'accepte pas les suggestions tendant à déterminer chez elle des hallucinations sensorielles.

Elle ne se rappelle, dans l'état où elle se trouve, rien de ce qu'elle a dit, fait ou imaginé durant ses convulsions ou le délire qui suit. Mais elle se rappelle parfaitement ce qu'elle a fait à l'état de veille ou dans les états d'hypnose provoqués antérieurement. En pressant sur les yeux, on la fait penser aux lorgnons et elle se met alors à chanter :

« Quand je vois porter des lorgnons, etc. » Elle se croit sur un trapèze si on lui pince les coudes, elle pense aux chats si on lui pince les oreilles. Les mêmes procédés rappellent les mêmes idées délirantes.

Le lendemain on retrouve la malade en état d'hypnose spontané. Elle nous apprend qu'elle vient de se promener en bateau sur les flots bleus de la Méditerranée, mais la brise ayant tout à coup soufflé, la barque d'ailleurs fort mal conduite, se prit à rouler, ce qui l'a rendue malade.

La veille, avant de la quitter, on lui avait suggéré d'assister à une scène maritime.

La suggestion venait d'être réalisée.

Observation V

M^me^ Gauj..., trente-cinq ans. — Hystérie convulsive. — Attaque observée le 15 janvier 1895.

Lorsque nous avons pu voir la malade, la crise était depuis un moment commencée.

Comme nous arrivons, la malade grince des dents; tout son corps se raidit brusquement dans l'extension. Elle délire : « Si j'avais pu le mordre, je l'aurais mordu. »

Elle paraît se souvenir ici d'une scène à laquelle elle assista durant sa crise précédente et qui l'a beaucoup frappée.

Le chef de clinique faisait à une des malades une saignée au pli du coude. Un élève du service tenait le bras opéré; sans doute à ce moment avait-il souri, Mme G... lui reprocha de n'avoir pas de cœur pour rire ainsi du malheur des autres. Elle ne peut le sentir et à chaque attaque nouvelle s'il se trouve auprès d'elle, elle veut le mordre ou le griffer.

La figure est vultueuse. Brusquement elle se cache la tête sous les couvertures. Puis tout son corps se raidit de nouveau en extension.

Elle s'imagine que M. C..., le chef de clinique, lui fait une saignée; M. N..., élève du service, tient le bras sur lequel on opère. « Regardez, dit-elle à sa voisine, comme ce sang est beau? Ce n'est pas du sang de morte? » Subitement elle passe à un autre ordre d'idées : « C'est bon ce que M. C... m'a fait boire. C'est acide, on dirait du vinaigre. C'est le vinaigre que M. C... m'a fait prendre et dont il me reste le goût. »

De nouveau elle se raidit en extension, grince des dents et les mêmes phénomènes se déroulent.

La pression au niveau de la sixième vertèbre cervicale fait disparaître la contracture. L'on souffle alors sur les yeux dans le but de la réveiller, mais on ne peut y réussir. La malade, étendue, calme, a toute l'apparence d'une personne endormie du sommeil naturel. Elle ne remue, ni ne parle. Ses mains tremblent légèrement. On observe de légers spasmes des muscles inspirateurs et des muscles abdominaux.

De nouveau le corps se raidit brusquement en extension. On soulève la tête et tout le corps se relève d'une seule pièce. « Je suis lourde, dit-elle. »

Elle comprend tout ce qu'on lui dit et elle y répond d'une manière très sensée.

Elle reconnaît au son de la voix les personnes présentes.

Ses sens, sauf la vue rendue impossible par l'occlusion des paupières, ont toute leur acuité. La sensibilité générale sous toutes ses formes est parfaitement conservée, à gauche du moins, car la malade, normalement hémianesthésique droite, continue de l'être durant l'attaque.

On lui fait à un certain moment sentir une compresse trempée dans de l'eau, en lui persuadant qu'elle est imbibée de chloroforme. Elle reconnaît la supercherie et éclate de rire en demandant si on se moque d'elle.

Les membres gardent les attitudes qu'on leur donne, les mouvements communiqués se continuent indéfiniment. La malade se rend un compte exact de ses attitudes et de ses mouvements, son sens musculaire est donc conservé. Mais elle ne peut d'elle-même, ni après injonction, faire retomber le bras mis en l'air, ni arrêter le mouvement communiqué. « Faites retomber votre main. » — « Voilà. » — « Mais non, elle est toujours en l'air. » — « Voilà, je la laisse retomber. » Elle a la conviction intime qu'elle exécute le mouvement commandé, alors qu'elle reste immobile.

Pendant tout ce temps, par intervalle, la contracture reparaît, puis disparaît.

« Ah ! si j'avais pu le mordre quand je tenais sa veste ! »

Elle se rappelle l'incident du début.

De nouveau elle grince des dents, se débat violemment : « Pourquoi remuez-vous ? » — « Mais je ne remue pas. »

Elle se débat plus violemment que jamais. Tout son corps, relevé par un saut brusque, est violemment rejeté sur le lit et la malade reste contracturée en arc de cercle, les bras en croix.

Elle souffre de l'estomac. Quelque chose l'étreint à l'épigastre en un point localisé. Elle-même indique du doigt le siège de la douleur.

Aucun autre point du corps n'est douloureux, pas même les membres contracturés. La malade n'a pas conscience de ses phénomènes de contracture. « Pourquoi êtes-vous raide, » lui demanda-t-on. Elle répondit sur un ton fâché. « Mais je ne suis pas raide. »

Tout à coup elle croit voir des loups qui la regardent « avec leurs yeux de feu ».

— « Jeanne, vite ! vite !... Joseph ! prenez le fusil !... Là-bas !... derrière le châtaignier !... le voilà !... oh !... arrêtez la carriole !... Portez-le vite chez le pharmacien. Dites-lui que je le paierai... Il n'a pas de chance ce pauvre petit... »

Interrogée sur ce qui lui arrive, elle nous répond qu'elle vient de voir son enfant mordu par un loup.

— « Joseph ! attrapez votre fusil ! Là-bas, derrière le châtaignier, là où est le pommier coupé.....

» Et ce serpent, là-bas ! Comme il lève la tête ! Il a au moins un mètre de long...

» Catherine, le serpent qui est au figuier... »

Puis elle parle son patois que nous ne pouvons comprendre.

— « Appelez ma belle-sœur... Il se détache ! Le voilà qui vient... Courons ! Mais je ne puis pas courir ! Quelque chose me retient... Il est sous cette souche, sous cette grosse souche... Au gros de l'hiver, des serpents, c'est extraordinaire !... C'est égal, Joseph, vous devriez prendre votre fusil... Ah ! que tu es bête, Jacques !... Ma pauvre Catherine a un homme bien bête. »

De nouveau les mouvements convulsifs reparaissent ; la malade se raidit encore dans l'extension.

On l'interroge. — « Où est le serpent ? » — « Il est parti ».

— « A quoi pensez-vous ? »

— « Je pense à me guérir, mais je ne crois guère à ma guérison... M. B... ne me trouve aucun mieux. Chaque jour je vais le voir et chaque fois j'ai, paraît-il, une nouvelle crise. »

Elle souffre en effet d'une maladie de la matrice qui ne veut pas guérir, ce dont elle est très chagrinée.

Interrogée à un autre moment, elle nous répond ne penser à rien.

La crise continue d'évoluer. L'on souffle sur les yeux de la malade et la connaissance revient brusque et complète.

La malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. N'ayant éprouvé aucun phénomène prémonitoire, elle ignore la crise qu'elle vient d'avoir. Entre le moment où elle a débuté et celui où la connaissance est revenue elle ne conçoit pas qu'il y a un vide dans le champ de ses souvenirs.

La fixation du regard la met en état d'hypnose provoqué.

Dans cet état, elle se rappelle très bien tous les incidents de l'attaque qu'elle vient d'avoir, sa colère, sa tentative de mordre Elle manifeste même les regrets de n'y avoir pas réussi. Mais ceci elle le rapporte

à l'état de veille, comme elle rapporte ses hallucinations terrifiantes à un cauchemar qu'elle aurait eu durant son dernier sommeil. Car, même à l'état d'hypnose, elle n'attribue pas à un état anormal de crise les incidents qui se sont produits. Elle se souvient des mouvements que l'on a communiqués à ses mains, des attitudes que l'on a données à ses bras. La seule chose qu'elle ignore, sont ses mouvements convulsifs ; rien ne peut en réveiller le souvenir. Comme pour elle, c'est là toute la crise, il n'est plus étonnant qu'elle nie énergiquement en avoir eu une. C'est un mensonge que l'on imagine afin de pouvoir le dire à M. Pitres et pour avoir le plaisir de la faire gronder.

En soufflant sur les yeux, on la réveille. Réveillée elle ignore son état d'hypnose provoqué comme son état d'hypnose spontané.

Observation VI

Jeanne L..., seize ans, corsetière, habitant Bordeaux. Entrée une première fois à l'hôpital, elle y revient le 17 mai 1893, dans le service de M. le professeur Pitres.

Trois séries de troubles dominent dans l'histoire de sa maladie.

1° Des crises gastriques, anorexie et vomissements.

2° Des attaques { A de sommeil. / B de convulsions.

3° Une anesthésie généralisée.

Nous ne dirons rien ni des accidents gastriques ni de l'anesthésie généralisée. Les attaques seules nous intéresseront. Attaques de sommeil et attaques convulsives se développent côte à côte et se remplacent.

La malade a eu sa première attaque convulsive vers l'âge de treize ans, à la mort de sa mère.

Après cette première attaque elle a constamment souffert d'étouffements, d'une sensation angoissante de quelque chose qui lui étreignait la poitrine.

En 1891, seconde attaque, survenue dix mois après la première, à la mort de son père. Jusqu'en juin 1892, pas d'attaque nouvelle. A la suite d'une émotion violente, la malade voit brusquement ses accès d'étouffements augmenter de violence et de fréquence. Pas de crise convulsive

immédiate, mais comme la menace continuelle d'une crise imminente. Un beau jour enfin, la crise éclata, plus violente que les précédentes. Elle fut suivie d'une longue série d'autres semblables jusqu'au mois de septembre 1892. A cette époque, la malade cessa d'avoir des attaques convulsives et n'eut plus que des attaques de sommeil. Encore celles-ci sont-elles fort rares. Du mois de septembre au mois d'octobre, elle en eut une seule, laquelle, il est vrai, dura quarante-huit heures.

Au mois de décembre, réapparition des attaques convulsives. Leur violence oblige la malade à entrer à l'hôpital le 13 mai 1893, dans le service de M. le professeur Pitres.

Les attaques avaient reparu en décembre avec certains caractères particuliers. Elles étaient précédées d'un ensemble de symptômes que la malade appelle « sa crise dans la tête ».

La malade souffrait dans la tête de douleurs d'une intensité à la rendre folle, se roulant, criant, les yeux convulsés et hagards.

Cette phase avait une durée moyenne d'un quart d'heure. Elle était immédiatement suivie de la phase convulsive.

Ces « crises dans la tête » sont revenues trois fois dans une même journée, toujours suivies d'une crise convulsive. Le lendemain, nouvelle « crise dans la tête » et nouvelles convulsions. Ces quatre « crises dans la tête » furent les seules. Désormais, les convulsions parurent d'emblée après une aura très brève.

Examen du 25 juillet 1893. — Les attaques convulsives ont beaucoup diminué de fréquence et d'intensité sous l'influence du traitement suivi. Au lieu d'en avoir plusieurs dans une même journée, la malade n'en a plus que de loin en loin, tous les trois ou quatre jours peut-être, à l'occasion de quelque forte émotion morale.

L'aura est variable. Le plus souvent la malade est prévenue de l'arrivée de sa crise par la sensation d'une boule qui, partie du creux épigastrique, remonte jusqu'à la gorge où elle détermine une sensation d'étouffement par constriction.

D'autres fois, cette sensation de boule épigastrique manque, l'aura est

céphalique. Une douleur part de la région médio-frontale, suit la ligne médiane en allant vers la nuque et va se perdre dans la région sous-occipitale.

D'autres fois, enfin, mais plus rarement, la crise s'annonce par une sensation particulière de froid aux pieds : cette fraîcheur remonte lentement jusqu'à la racine des membres inférieurs.

Quelle que soit l'aura, généralement la malade a le temps d'appeler, mais cette période de l'aura est courte.

Peu de convulsions toniques. Immédiatement la malade a de grandes convulsions avec cris. Mouvements de salutation : la malade relève le tronc et le projette violemment en arrière sur le lit, les membres inférieurs demeurant à peu près immobiles. Arcs de cercle.

Aux convulsions succède le délire, un délire très violent. La malade crie, se démène, parle et rit sans cause; dans cette période elle a fréquemment des idées de suicide, qu'elle a plusieurs fois tenté de mettre à exécution.

De temps en temps le délire s'interrompt, les convulsions reparaissent mais de plus en plus rares. Le délire bientôt persiste seul.

Rarement l'attaque cesse spontanément d'une façon rapide. Le plus souvent, la malade devenue plus calme demande qu'on la réveille.

La malade nous dit avoir en même temps que des attaques convulsives, des attaques de sommeil.

Interrogée sur la nature de ces attaques, elle nous les décrit avec les caractères que voici :

Leur apparition s'annonce d'une façon toute autre que les attaques convulsives que nous venons de décrire. La malade éprouve aux paupières une certaine sensation de lourdeur. Elle sent que ses yeux vont se fermer. Les paupières s'agitent de mouvements convulsifs, rapides, associés à des mouvements analogues des globes oculaires. Peu à peu ces mouvements diminuent d'amplitude et de fréquence, et les paupières restent closes : la malade dort.

Son sommeil, au dire des malades, ses voisines, n'est pas un sommeil

calme, analogue au sommeil naturel. La malade n'est pas immobile, le visage calme, la respiration tranquille. Elle est au contraire agitée de mouvements incessants. Le repos lui est impossible. Elle se remue, crie, rit aux éclats, parle et raille ses voisines. Quelquefois elle chante et se lève. Son délire est toujours gai.

Ce ne sont sans doute pas là des attaques de sommeil. Nous n'avons pas pu par nous-même nous en assurer, n'ayant assisté à aucune d'elles. Ce sont plutôt des crises convulsives, avec une aura particulière dans laquelle la malade entre d'emblée dans la phase de délire

Le 27 février 1894, on fait chez Jeanne L... une tentative d'extraction d'une dent cariée, à l'état d'hypnose provoqué par l'inhalation de quelques gouttes de chloroforme. Dès les premières inhalations elle s'endort. La dent tient ferme, à chaque tentative d'extraction, la malade crie, mais sans que son état d'hypnose soit en rien modifié. L'extraction de la dent opérée, la malade se retrouve dans l'état léthargique, les paupières closes, les globes oculaires dirigés en bas. Interrogée aussitôt après son réveil, elle n'a rien senti et ne se souvient de rien.

Remise à l'état d'hypnose cataleptoïde et interrogée sur son état d'hypnose précédent, elle se souvient avoir inhalé du chloroforme; ses souvenirs se bornent là. Elle ne sait si elle a souffert, si elle a crié.

Le 1er mars, après quelques inhalations de chloroforme, la malade entre en état léthargique, avec flaccidité des membres. Elle conserve ses rapports avec le monde extérieur et répond aux questions qui lui sont posées. Elle ne se souvient pas d'avoir souffert lorsque l'avant-veille on lui a extrait sa dent cariée. Une pression exagérée sur une racine restante paraît provoquer chez elle une très vive douleur. Au réveil elle n'en a gardé aucun souvenir.

Quelques instants après on la rendort par la pression des globes oculaires. Dans l'état d'hypnose ainsi provoqué, en tout semblable au précédent, elle déclare ne pas se souvenir de ce qui s'est passé dans ses états d'hypnose antérieurs.

Le 2 mars, Jeanne L..., est endormie très rapidement par la fixation du

regard, alors qu'on lui parle de sa tante. Endormie, elle pleure et se plaint de ce qu'on lui parle de sa tante. Il est possible de détourner son attention. Néanmoins si un peu plus tard on vient à lui demander comment et par qui elle a été endormie, elle répond en pleurant que c'est M. Pitres qui a provoqué son sommeil en la fixant et en lui parlant de sa tante, ce qui chaque fois lui cause une grande contrariété.

Le 5 mars, elle a une attaque convulsive. A l'état de veille elle ignore les circonstances de sa crise. A l'état de sommeil elle raconte qu'elle a débuté par des maux d'estomac, des maux de tête et une sensation de strangulation. Interrogée sur l'attaque en la période d'état, elle déclare ne se souvenir de rien.

Elle l'attendait depuis plusieurs jours, à cause d'une discussion violente qu'elle aurait eue avec sa tante et qui l'aurait fort émue. On la réveille et on la rendort. Interrogée sur son état d'hypnose précédent elle n'a le souvenir de rien.

Le 8 mars, on provoque de nouveau, par l'inhalation de quelques gouttes de chloroforme, un sommeil très analogue au sommeil chloroformique avec ceci de particulier cependant que les globes oculaires sont convulsés en haut.

Le 12 mars, l'éther, l'ammoniaque provoquent rapidement un état d'hypnose semblable. Aucun souvenir en cet état, des états d'hypnose provoqués antérieurement par le chloroforme.

L'acide acétique ne produit rien. L'inhalation d'aqua fontis qu'on fait prendre pour de l'éther, provoque rapidement le sommeil.

Observation VII

Amélia I..., dix-huit ans, réglée à douze ans, mélancolique, taciturne et impressionnable. A chaque nouvelle apparition des règles, elle est sujette à des accès de somnambulisme durant son sommeil. De temps en temps

surviennent la nuit des attaques convulsives; la moindre émotion suffit à les faire naître. Battue chez elle, abreuvée d'outrages elle s'enfuit à plusieurs reprises. Vers l'âge de dix-sept ans, elle fut placée — par surprise, dit-elle — chez une entremetteuse de Libourne. Au bout de huit jours, ne voulant pas y rester, elle fit tout ce qu'elle put pour être relachée. Et, — toujours par surprise, elle aurait été amenée à l'hôpital Saint-Jean, à Bordeaux. Humiliée et désespérée elle voit ses attaques augmenter et de fréquence et d'intensité. Le 22 octobre 1890, elle est évacuée sur l'hôpital Saint-André.

Depuis son entrée elle a :

1° Des attaques nocturnes à type franchement comitial ;

2° Des attaques hystériques.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1891, à la suite d'une visite désagréable, elle eut successivement huit ou dix attaques hystériques dans l'espace de deux jours.

Cette série de crises fut suivie d'une période de délire ayant duré cinq ou six jours.

Revenue à elle, la malade n'avait aucun souvenir de son délire.

Examinée le 24 janvier 1891, elle accuse des hallucinations auditives à l'état de veille. Le plus souvent elle entend des bruits de cloches, « comme si elle avait le bourdon de Bordeaux dans les oreilles » ; d'autres fois ce sont des sifflements. D'autres fois aussi elle entend des voix qui chuchotent, mais elle ne peut discerner quelles sont ces voix ni distinguer ce qu'elles disent.

Pas d'hallucinations visuelles. En dehors des accidents morbides, à l'état de veille par conséquent, Amélia, passe au point de vue mental, par deux phases successives. Tantôt elle est vive, gaie, loquace, les yeux brillants et mobiles; tantôt au contraire elle est sombre, reste des heures entières sans parler, l'œil fixe, hagard, les pupilles dilatées, comme obsédée par une idée fixe, terrifiante. Le plus souvent, elle sort de cet état après une violente crise de pleurs.

Au point de vue intellectuel et moral c'est une enfant. Ses facultés ont subi comme un arrêt de développement.

Observation VIII

Marie F..., entre à l'hôpital Saint-André le 19 janvier 1894. Emotivité extrême. Terreurs nocturnes fréquentes. Durant son sommeil légers accès de somnambulisme sans souvenir au réveil.

Vers l'âge de quatorze ans, première perte de connaissance survenue à la suite de quelque contrariété.

A vingt-un ans, première grossesse. Alors débute une série d'attaques avec perte de connaissance, quelquefois même avec morsure de la langue et miction involontaire. L'aura a généralement consisté en une céphalée intense, avec crampes d'estomac, angoisse précordiale et dyspnée. Quelquefois elle a manqué. Dans ce cas la perte de connaissance a été si brusque que la malade « serait tombée dans le feu ».

La dernière attaque survenue avant son entrée à l'hôpital a été particulièrement violente. Depuis deux jours elle souffrait de la tête et pressentait une crise imminente. Pour s'étourdir elle se mit au travail avec un entrain affecté, chantant et riant. Vers cinq heures du soir, elle se sentit comme étourdie et dut s'asseoir. Immédiatement sa gorge se serra..... à partir de ce moment elle ne se souvient de rien.

Elle revint à elle au milieu de voisins que ses cris avaient attirés. Ils avaient dû pour entrer enfoncer la porte qu'elle ne se souvenait pas d'avoir fermée. Tout était bouleversé, cassé, déchiré.

Durant son séjour on put observer plusieurs attaques. Voici comme évolua l'une d'elles (23 février).

La malade pousse un cri, saisit les barreaux de son lit et exécute une série de mouvements en poussant de faibles gémissements. Arc de cercle. Nouvelles convulsions et nouveaux gémissements : Pas de cris. La malade paraît ne pas entendre ce qu'on lui dit. Les yeux sont ouverts et fixes;

ils ne suivent pas les mouvements d'un doigt promené devant eux ; le réflexe pupillaire est aboli.

Revenue à elle, la malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Observation IX

Jeanne B..., dix-huit ans, domestique.

Entrée à l'hôpital le 13 janvier 1894.

Nerveuse, vive, volontaire, dès sa plus tendre enfance, elle n'a de manifestation violente d'hystérie qu'au mois de mars 1893.

La première attaque survint à la suite d'une grande émotion morale et dura trois heures. La malade n'en a aucun souvenir Elle a entendu raconter à d'autres qu'elle s'est beaucoup débattue, frappant et mordant tous ceux qui l'approchaient.

Jusqu'au mois d'avril les attaques devinrent fortes et fréquentes.

Elle entre alors à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit numéro 27. Elle en sort très améliorée au bout de quinze jours. Durant un mois elle n'a pas de nouvelle attaque.

Puis les accidents reparaissent. Un beau jour, sans émotion d'aucune sorte, alors qu'elle s'occupait à un travail de couture, après une aura très brève, elle perd connaissance.

Elle se réveille à l'hôpital dans un lit de la salle 7. Revenue à elle, elle ne se souvient de rien.

Elle sortit le troisième jour et resta cinq mois sans alerte nouvelle.

Domestique, elle se lia avec un jeune homme qui lui proposa de laisser ses maîtres et de venir vivre avec lui, lui laissant entrevoir un avenir brillant. Le jeune homme la décida sans peine. Elle quitta ses maîtres, contracta une blennorrhagie et se vit abandonnée. Désolée, elle songea au suicide. Le lendemain matin à sept heures, elle eut une crise violente au

cours de laquelle elle se jeta dans la rue, d'un premier étage. Elle ne prit même pas la peine d'ouvrir la fenêtre et passa au travers d'un carreau de vitre qu'elle avait brisé.

Dans sa chute, elle se fractura l'humérus droit et la malléole interne droite, mais ne s'éveilla pas. On la transporta à l'hôpital dans un service de chirurgie. Revenue à elle dans l'après-midi, elle fut fort étonnée de se trouver dans un lit d'hôpital. Elle voulut se lever, mais la douleur la retint couchée. On dut lui conter ce qui venait de lui arriver. Elle n'en avait aucun souvenir.

Trois semaines après, elle quittait l'hôpital, guérie.

Le 13 février, nouvelle attaque nécessitant une fois encore son entrée à l'hôpital. Tombée en crise à sept heures du matin, elle fut éveillée à onze heures et demie, par l'interne de garde. Elle se souvenait d'une seule chose : d'avoir elle-même prié qu'on la transportât à l'hôpital.

Le 5 mars, pendant la visite, Jeanne C... est prise d'une grande attaque qui débute par de grands cris de frayeurs. Elle nous prie d'enlever le cercle des poignards qui l'entourent et la menacent. Son visage est empreint d'une grande terreur.

Puis, à cet état, en succède un autre, caractérisé par des contractures généralisées. La tête est fortement rejetée en arrière, le corps tout entier est raidi dans l'extension, et les yeux sont fortement convulsés en haut. La pression sur l'ovaire droit fait cesser cet état brusquement.

La malade voit, devant elle, un grand nègre hideux, avec une longue figure et une longue barbe, descendant très bas. Il est là, planté devant son lit, les mains dans les poches, et la regarde en ricanant. Tout d'abord, elle a peur; puis elle trouve qu'il ressemble à un nègre d'une Bamboulâ qu'elle avait vu à la foire quelques jours auparavant. Elle éclate de rire; ses rires, dit-elle, ont décidé le nègre à s'en aller. Elle est toute joyeuse, se moque de ce nègre stupide et décide qu'elle va se lever. En effet, elle s'habille, refait son lit et va se chauffer devant le poêle en mangeant un morceau de pain. L'infirmière qui veut la ramener à son lit, est rudoyée et s'entend appeler : « Sorcière du Médoc, etc... » Elle revient enfin à son

lit, et, voyant le désordre de sa toilette, se met en mesure de la réparer. Ne trouvant pas d'épingles à cheveux sur l'étagère de son lit, elle se précipite avec furie sur ses voisines, pour leur enlever leurs épingles qu'elle les accuse de lui avoir volées.

Puis elle se recouche, paraît un moment calme, lorsque tout à coup elle pousse de grands cris de frayeur. Un gros rat monte sur son lit et va se jeter sur elle. Elle a peur, veut s'échapper, mais ne le peut pas. Le rat finit par s'en aller, et Jeanne B... retourne à l'état d'hypnose ordinaire.

Interrogée à ce moment, elle se souvient de tout ce qui s'est passé dans les états précédents, raconte avec effroi l'histoire du rat et des poignards, et serait disposée à retomber en crise, si on ne la persuadait que tout est fini.

Réveillée par la pression des globes oculaires, elle n'a le souvenir de rien.

Le lendemain 6 mars, interrogée à l'état de veille sur sa crise de la veille, elle déclare avoir éprouvé une sensation de boule montant à la gorge et un violent serrement de tête, puis plus rien. C'est tout ce dont elle se souvient.

On provoque rapidement l'hypnose par la fixation du regard et on l'interroge de nouveau sur les incidents de la veille. Elle se souvient d'avoir dit à un élève du service : « Je vais avoir une crise. » Elle se souvient aussi d'avoir éprouvé la sensation de boule qui monte à la gorge et l'étreint. Elle sait qu'elle a eu une attaque, mais lorsqu'on cherche à la faire préciser, lorsqu'on essaie de lui rappeler certains incidents, elle ne se souvient pas.

Le 23 mars, jour de Pâques, au matin, Jeanne B... eut une attaque d'une violence extrême, laquelle vint à la suite de maux de tête violents, persistant depuis la veille. Cette attaque ne paraît pas s'être faite autrement pressentir. De dix heures du matin à huit heures du soir, elle reste presque constamment à l'état convulsif. Elle eut seulement une heure d'hypnose dans l'après-midi. On dut la transporter en cellule où elle fut réveillée à minuit par l'infirmier de garde.

Interrogée sur sa crise à l'état de veille, elle ne se souvient que de la céphalée intense qui précéda sa crise, et de son réveil par l'infirmier. A l'état d'hypnose provoqué, elle ne peut pas nous donner de détails nouveaux.

Le 3 mai, Jeanne B... quitte l'hôpital très améliorée.

Observation X

Anna G..., vingt-trois ans, entre à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit 25, le 15 août 1893.

Dès son plus jeune âge elle fut sujette à de fréquents emportements souvent d'une violence extrême. Réglée à dix-sept ans, elle présenta à partir de ce moment une série d'accidents ainsi caractérisés. Brusquement survenait un état vertigineux avec troubles de la vue (vision rouge des objets), suivi d'une tendance invincible au sommeil. Cette torpeur l'envahissait de plus en plus, elle entrait bientôt dans un état fort analogue au sommeil naturel. L'application de compresses d'eau froide sur les tempes et la poitrine suffisait à la ramener à elle.

Vers l'âge de vingt ans, survinrent des attaques convulsives. La moindre contrariété pouvait les provoquer. La malade éprouvait tout à coup une douleur vive dans le flanc gauche, de la constriction épigastrique, avec sensation de boule montant à la gorge. Après une quinte de toux convulsive, elle perdait connaissance et la crise évoluait. Revenue à elle, la malade n'avait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

A vingt et un ans, elle contracta la variole. A la même époque, devenue enceinte, elle fit une fausse couche à la suite d'un accident de voiture. De violents chagrins d'amour vinrent encore lui apporter un surcroît de douleur.

Désespérée, elle eut des crises de plus en plus fréquentes.

Le 15 août, elle entra à l'hôpital. Après son entrée, elle continua d'avoir

des crises fréquentes. Voici la description de l'une de celles à laquelle on a pu assister :

La malade poussa tout d'abord quelques légers cris, cacha son visage sous les draps et l'attaque évolua. Se croyant en vélocipède, elle agitait ses jambes, les faisant aller alternativement. « Je vais, disait-elle, à Chicago », et elle éclatait d'un rire bruyant.

Puis brusquement, elle saisit les barreaux de son lit ; tout son corps se raidissant, demeura un instant immobilisé par des contractures généralisées.

Cet état ne dura pas. De nouveau elle se couvrit le visage, mais la scène avait changé. La malade pleurait et gémissait, appelant sa mère.

Puis on la vit s'enfoncer dans son lit, se cacher sous les draps en s'écriant : « Non, non. »

— « Je ne veux pas !... On me tue ! »

Interrogée sur les causes de sa frayeur, elle répondit qu'elle voyait un homme à longue barbe, s'avancer vers elle, le couteau à la main, pour la tuer.

Quelques instants après, elle se croyait religieuse, et s'enveloppant dans un drap du lit, parcourait la salle en chantant de pieux cantiques.

De nouveau elle se crut en vélocipède et ses mouvements désordonnés du début recommencèrent.

D'ordinaire, la malade demandait qu'on la réveillât. Souvent même elle disait comment il convenait de s'y prendre. Revenue à elle, elle n'avait aucun souvenir. Par des moyens variés, on la mettait facilement dans l'état d'hypnose. Dans cet état d'hypnose provoqué, elle recouvrait la mémoire de la phase d'hypnose spontané, de toutes ses attaques antérieures et de ses états d'hypnose provoqués.

Observation XI

Germaine E..., vingt-neuf ans, venue à l'hôpital Saint-André en 1893, où elle est restée pendant près d'une année.

Syphilis très tenace, avec manifestations secondaires confluentes, cutanées et muqueuses.

Elle aurait été, à l'âge de vingt et un ans, violée par son frère. Peu d'années après, sa mère étant morte, elle se plaça comme caissière. C'est alors qu'elle connut un acteur, avec lequel elle se lia et avec lequel elle contracta la vérole. Abandonnée au bout de six mois, elle eut une première grande attaque des nerfs.

Durant son long séjour à l'hôpital, Germaine E... eut fréquemment des attaques se présentant le plus généralement avec les caractères suivants :

La malade les yeux clos, étendue, causait avec beaucoup de volubilité. Sombre, peu communicative et plutôt triste à l'état de veille, elle était ici au contraire gaie, rieuse, moqueuse même, disant volontiers assez méchamment leur fait aux gens.

Elle continuait d'entendre et de comprendre ce qui se disait autour d'elle. Ses paroles étaient en rapport avec ce qu'elle entendait voir ou faire. Les hallucinations n'existaient que tout à fait secondairement. Elle répondait fort bien aux questions qu'on lui posait et toujours sur un ton enjoué. Les membres supérieurs étaient le plus généralement contracturés, les poings crispés, les doigts étant fortement fléchis.

Au réveil, aucun souvenir de ce qui s'était passé.

CONCLUSIONS

L'attaque d'hystérie vulgaire telle que nous avons pu l'observer présente trois phases distinctes, se déroulant successivement;

1° La phase præconvulsive ou phase des auras.

2° La phase convulsive.

3° La phase d'hypnose post-convulsive ou phase du délire.

Durant la phase præconvulsive, la connaissance est conservée. La malade est consciente de ce qui se passe actuellement en elle et peut disposer des souvenirs du passé. L'attaque terminée, elle gardera le souvenir de tout ce qui se sera produit durant la phase præconvulsive.

Cette conversation de la connaissance pendant toute la durée des phénomènes præconvulsifs, explique :

1° Pourquoi l'hystérique pressentant son attaque, prévient une chute qui pourrait être grave dans bien des circonstances.

2° Pourquoi à l'état de veille elle sait habituellement qu'elle a eu une attaque et le moment précis où elle est survenue, bien qu'elle n'ait aucun souvenir de l'attaque elle-même. En fait, elle sait seulement qu'elle a éprouvé à un moment déter-

miné certains malaises particuliers. Mais comme, d'autre part, on lui a appris que ces malaises sont suivis de phénomènes convulsifs et délirants, lorsqu'elle se souvient de les avoir ressentis, elle est en droit d'affirmer qu'elle vient d'avoir une attaque.

La perte de connaissance est la règle durant la phase convulsive. La malade n'ayant eu aucune conscience de ses convulsions n'en garde naturellement au réveil aucun souvenir.

Durant la phase d'hypnose post-convulsive, la malade est délirante. Son délire est un délire de mémoire; ce qui le caractérise est la mobilité extrême des souvenirs. La malade a conscience de ses idées délirantes. Elle les ignore à son réveil dans l'infinie majorité des cas, mais le souvenir perdu à l'état de veille, est susceptible de réviviscence dans les états d'hypnose ultérieurs.

Il n'y a d'inconscient dans l'attaque complète d'hystérie vulgaire, que les convulsions. Tout le reste laissant un souvenir, au moins à l'état hypnotique, est par cela même nécessairement conscient.

Bordeaux, le 22 janvier 1895.
Vu bon à imprimer :
Le Président de la Thèse :
D· Paul DUPUY

Vu : P. *Le Doyen*,
F. JOLYET

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 22 janvier 1895,
Le Recteur,
A. COUAT

Bordeaux. — Imp. du Midi, Paul Cassignol, 91, rue Porte-Dijeaux.